

OTITE MÉDIA AGUDA COM EFUSÃO EM CRIANÇAS: MANEJO

Camilla Maganhin Luquetti; Thais Souto Guedes Jucá; Matheus Felipe Rezende; Isabela Piassa Paim; Carlos Eduardo Ferreira da Costa Barros; Gabriella Caroline Barbosa Remigio; Troy Richard Carneiro Filho; Elisa Vasconcelos de Queiroz; Anderqueli Cardoso Dos Santos; Elson Assunção de Andrade Lima Júnior; Carla Cristina Maganhin.

cmaganhinmed@gmail.com

Introdução: Otite média com efusão (OME), também chamada de otite média serosa ou "otite serosa", é definida como a presença de fluido no ouvido médio sem sinais de infecção aguda [1]. A OME geralmente ocorre após otite média aguda (OMA), mas também pode ocorrer como resultado de disfunção da tuba auditiva em crianças pequenas na ausência de uma OMA anterior. Em geral, a OME é uma condição de resolução espontânea, e a observação vigilante é a estratégia preferida, exceto para crianças com deficiência auditiva, atraso no desenvolvimento ou condições específicas (como fenda palatina) nas quais a OME é frequentemente persistente e precisa ser tratada. **Objetivo:** discutir a otite média aguda com efusão em crianças: manejo. **Metodologia:** Revisão de literatura das bases da Scielo, da PubMed e da BVS, de janeiro a março de 2024, com descritores "Otitis media", "Children" e "Management". Foram incluídos artigos de 2019 a 2024 (79 estudos). Excluíram-se estudos com outros critérios, com 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Os objetivos do tratamento são limpar o fluido do ouvido médio e restaurar a audição normal. As principais opções de tratamento são "espera vigilante" e colocação de tubo de timpanostomia (tubo de ventilação, ilhós). Qual opção é realizada e quando depende de condições coexistentes que aumentam o risco de problemas de audição, fala, linguagem ou aprendizagem; a gravidade da perda auditiva associada à OME; a duração do derrame; e se o derrame é unilateral ou bilateral. Risco de problemas de fala, linguagem ou aprendizagem – Crianças "em risco" são aquelas que têm ou estão em risco de problemas de fala, linguagem ou aprendizagem. Isso inclui crianças com perda auditiva independente de OME, distúrbios do neurodesenvolvimento, distúrbios craniofaciais (por exemplo, fenda palatina) e deficiência visual incorrigível. Para crianças com OME que correm risco de problemas de fala, linguagem ou aprendizagem, sugerimos encaminhamento cirúrgico precoce (ou seja, dentro de três meses) para colocação de tubo de ventilação. Danos estruturais à membrana timpânica ou ao ouvido médio – É necessário encaminhamento cirúrgico imediato para crianças que apresentem danos estruturais à membrana timpânica ou ao ouvido médio (por exemplo, bolsa de retração, colesteatoma). Limiar auditivo ≥ 41 dB – Para crianças com perda auditiva persistente associada à OME com um limiar auditivo ≥ 41 dB, recomendamos encaminhamento cirúrgico imediato para colocação de tubo de ventilação. Limiar auditivo de 16 a 40 dB – O tratamento da perda auditiva condutiva associada à OME com um limiar auditivo de 16 a 40 dB em crianças sem problemas de fala, linguagem ou aprendizagem é determinado caso a caso, após uma discussão dos riscos e benefícios da espera vigilante versus colocação de tubo de timpanostomia. Limiar auditivo ≤ 15 dB – Para crianças sem problemas de fala, linguagem ou desenvolvimento e com um limiar auditivo ≤ 15 dB (ou seja, audição normal), recomendamos espera vigilante. Crianças que são tratadas com espera vigilante devem ser reavaliadas (com otoscopia pneumática, vigilância do desenvolvimento e teste auditivo) a cada três a seis meses até que a efusão seja resolvida ou a criança desenvolva uma indicação para encaminhamento cirúrgico. **Conclusão:** Otite média com efusão (OME) é definida como fluido do ouvido médio sem sinais agudos de infecção. A OME geralmente se resolve espontaneamente em seis semanas. Aproximadamente 30 a 40 por cento das crianças com OME têm episódios recorrentes.

Palavras-chave: Otite média; Crianças: Manejo.