



OTITE

Média Aguda

em Pediatria

OTITE MÉDIA AGUDA DE REPETIÇÃO

A otite média aguda (OMA) é uma das afecções mais comuns entre as crianças. Por Renata C. | **Pág. 6**

ATRESIA BILIAR UM ALERTA AMARELO

A atresia biliar é uma grave e frequente doença hepática do período neonatal. Por Adriana De Tommaso | **Pág. 10**



JULHO BRANCO

Mês do Combate ao uso de Drogas
por Crianças e Adolescentes

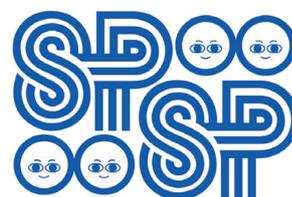
A parceria entre a SPSP e o projeto Dr. Bartô, por meio do Grupo de Trabalho Combate ao Uso de Drogas por Crianças e Adolescentes, institui o mês de Julho como o mês de combate às drogas na infância e adolescência.

Uma campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo para proteger nossas crianças e adolescentes e, também, fornecer subsídios para que o pediatra tenha segurança e informações precisas ao abordar esse tema em suas consultas.

#comconscienciasemdrogas



**Compartilhe
Participe • Apoie**



Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo | Triênio 2016 – 2019

Diretoria Executiva

Presidente

Claudio Barsanti

1º Vice-Presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2º Vice-Presidente

Marcelo Pinho Bittar

Secretária Geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

1º Secretário

Sulim Abramovici

2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

1º Tesoureiro

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro

Gláucia Veiga Corrêa

Diretoria de Departamentos Científicos e Grupos de trabalho

Diretoria executiva

Renata Dejtiar Waksman

Departamentos Científicos

Rubens Feferbaum

Grupos de Trabalho e Núcleos de Estudos

João Coriolano Rego Barros

Departamentos colaboradores desta edição

Otorrinolaringologia, Reumatologia, Cuidados Paliativos, Neonatologia e Gastroenterologia.

Informações Técnicas

Jornalista responsável

Patrícia C. Freire (MTB 73764)

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Tiragem: 5.500 exemplares

Periodicidade: bimestral

Distribuição gratuita: aos associados da SPSP

Contato Comercial

João Batista Vita Neto: joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira: malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção: patricia@spsp.org.br

ISSN 2448-4466



Foto: Patrícia Freire

Chegamos ao terceiro fascículo! Nas duas primeiras edições, ao abordamos temas frequentes e atuais da atenção pediátrica, conseguimos correlacionar textos com linguagem científica, prática e objetiva. Pela receptividade e mensagens recebidas dos nossos associados, estamos atingindo os pontos desejados. Ao discutirmos assuntos relacionados à prática clínica, apresentamos o que há de mais atual, permitindo que nossa publicação realize o que oferece em seu nome, que o "Pediatra Atualize-se".

Neste número, trazemos textos elaborados pelo Departamento Científico de Otorrinolaringologia: otite média aguda em pediatria e otite média aguda de repetição, situações patológicas que se apresentam, frequentemente, nas consultas pediátricas. Apresentamos também uma discussão sobre atresia biliar e uma nova seção chamada Fique atento, na qual destacamos alguns temas com a intenção de que assuntos de grande importância, embora em poucas linhas, sejam gravados e lembrados pelos leitores.

Esperamos que o boletim continue atingindo o seu objetivo, ser útil e do agrado dos pediatras.

Boa leitura!

Claudio Barsanti

PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Sumário

4

OTITE MÉDIA Aguda em Pediatria

por Renata C. Di Francesco,
Renata Dutra e Silvio Marone

10

ATRESIA BILIAR Um alerta amarelo

por Adriana De Tommaso

6

OTITE Média Aguda de Repetição

por Renata C. Di Francesco

9

FIQUE ATENTO

por SPSP

Fale conosco

www.spsp.org.br
diretoria@spsp.org.br

Siga a SPSP
nas redes sociais!
@SociedadeSPSP

OTITE MÉDIA

aguda em pediatria

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Renata C. Di Francesco

Professora livre-docente da disciplina de Otorrinolaringologia na FMUSP

Renata Dutra de Moricz

Professora colaboradora da disciplina de Otorrinolaringologia da FMABC

Silvio Marone

Professor Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da PUC Campinas

A otite média aguda (OMA) é um dos quadros mais frequentes em pré-escolares. Em 2004, foi publicada pela Academia Americana de Pediatria (AAP) uma diretriz sobre critérios diagnósticos, observação e escolha de antibióticos, na qual se estabeleceram algumas indicações no sentido de observar e não indicar a antibioticoterapia em algumas situações.

Não há um padrão-ouro para o diagnóstico da OMA, mas sim um conjunto de sintomas e sinais que auxiliam no objetivo maior, que é diferenciar a OMA da simples efusão da orelha média, presente frequentemente nas infecções virais. O diagnóstico preciso no início do quadro da OMA é de fundamental importância, pois vai permitir que a indicação do antibiótico seja adequada a cada caso.

Desde 2004, a AAP vem-se baseando em vários estudos que não demonstraram correlação consistente entre os sintomas e o diagnóstico inicial da OMA, portanto, o *guideline* atualizado de 2013 estabelece critérios de diagnóstico pela otoscopia como base para as decisões terapêuticas.

Esses critérios podem ser associados a outros fatores, como idade, gravidade dos sintomas, lateralidade e presença de otorreia que, juntos, aprimoram a certeza do diagnóstico.

Uma otoscopia adequada deve ser feita com boa iluminação (otoscópios bons, pilhas carregadas e até lâmpada halógena, se possível), condição imprescindível para a visualização correta da membrana timpânica (MT). Também são necessá-

rios espéculos compatíveis com o diâmetro do meato auditivo externo da criança, material para remoção de cerumen e, em casos específicos, o uso de um otoscópio pneumático.

A MT normal é translúcida, perolada ou levemente acinzentada e apresenta mobilidade durante uma manobra de Valsalva, quando avaliada com otoscópio pneumático.

Características da otoscopia que são fundamentais para o diagnóstico diferencial da OMA:

- MT levemente opaca + hiperemia difusa leve ou moderada + ausência de abaulamento: sugere OMA viral.
- MT opaca + hiperemia intensa + presença de abaulamento + diminuição da mobilidade: sugere OMA bacteriana.

A presença de alguns sinais e sintomas associados às alterações encontradas na otoscopia ajudam no diagnóstico de certeza da OMA bacteriana:

Otalgia de aparecimento súbito (a otalgia em crianças com menos de 2 anos de idade é sugerida pelo toque doloroso com choro intenso, alterações do sono ou do padrão de comportamento).

Febre a partir de 39 °C.

Vômito ou diarreia em crianças com menos de 2 anos de idade.

Otorreia com história de otalgia intensa nas últimas 48 horas (OMA supurada).

De acordo com a diretriz da AAP (2013), a partir do diagnóstico, deve-se seguir algumas recomendações para o tratamento:

■ **Conduta expectante:** observar de 48 a 72 horas, utilizando apenas sintomáticos. Nesses casos, deve-se sempre reavaliar o paciente com a otoscopia. Lembrar que cerca de 80% das otites têm resolução espontânea, sendo de etiologia viral e não necessitam de antibiótico.

■ **Para a analgesia:** o ibuprofeno é o mais indicado, mas o paracetamol pode ser utilizado nos casos de alergia. No Brasil também se usa a dipirona que é um excelente analgésico. Todos usados nas doses habituais. O uso do corticoide (prednisolona) pode ser indicado nos casos de OMA associada à presença de obstrução nasal importante. Os anti-histamínicos e descongestionantes não são recomendados, pois podem ressecar a secreção da orelha média, prolongando sua presença nessa cavidade.

■ **A antibioticoterapia:** quando recomendada, deve ser escolhida baseada na eficácia contra os patógenos mais frequentes (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), na posologia cômoda, nos possíveis efeitos colaterais, no sabor agradável, o que torna a adesão ao tratamento muito maior. Se a otalgia intensa ou a febre persistirem após 72 horas do início do tratamento, o antibiótico deve ser trocado. A timpanocentese pode ser indicada se, mesmo após a troca de medicamento, persistir a otalgia intensa.

Amoxicilina: 50 mg/kg/dia, duas ou três vezes por dia, por dez dias (primeira escolha).

■ Nos casos de história pregressa de OMA ou uso de amoxicilina nos últimos 30 dias, as opções a seguir podem ser prescritas:

Amoxicilina (altas doses): 70 a 90 mg/kg/dia, duas ou três vezes por dia, por dez dias.

Amoxicilina com ácido clavulânico: 40 a 60 mg/kg/dia, duas ou três vezes por dia, por dez dias.

Axetilcefuroxima: 30 mg/kg/dia, duas vezes por dia.

■ Nos pacientes alérgicos à penicilina, podem-se utilizar:

Clarithromicina: 15 mg/kg/dia, duas vezes por dia, por dez dias.

Eritromicina: 50 mg/kg/dia, três vezes por dia, por dez dias.

■ Em casos de pacientes que não conseguem ingerir o antibiótico por via oral:

Ceftriaxona intramuscular: 50 mg/kg/dia, dose única diária, por três dias no mínimo.

■ No paciente alérgico à penicilina, com suspeita de pneumococo resistente:

Clindamicina: 30 a 40 mg/kg/dia, três vezes por dia, por dez dias.

Na tabela 1 são descritas as diretrizes da AAP para o tratamento de OMA.

Otoscopia	Sinais e sintomas	Idade	Tratamento
Sugestiva de OMA viral unilateral	Otalgia leve/moderada, febre abaixo de 38 °C	6 meses a 12 anos de idade Adolescentes	Sintomáticos Reavaliar se piora da otalgia ou da febre
Sugestiva de OMA bacteriana uni- ou bilateral	Otalgia moderada/intensa, febre de 39°C, presença ou não de otorreia	6 meses a 12 anos de idade Adolescentes	Antibiótico + sintomáticos
Sugestiva de OMA bacteriana bilateral	Otalgia leve/moderada, febre abaixo de 39 °C, ausência de otorreia	6 meses a 2 anos de idade	Antibiótico + sintomáticos
Sugestiva de OMA bacteriana bilateral	Otalgia leve/moderada, febre abaixo de 39 °C, ausência de otorreia	Acima de 2 anos de idade Adolescentes	Observar por 48 horas e reavaliar (otoscopia/otalgia/febre), se piora: antibiótico
Sugestiva de OMA bacteriana unilateral	Otalgia leve, febre abaixo de 39 °C, ausência de otorreia	6 meses a 12 anos de idade Adolescentes	Observar por 48 a 72 horas, se piora de febre ou otalgia: reavaliar à otoscopia, se necessário: antibiótico

Nos Estados Unidos, observou-se uma redução da indicação de antibioticoterapia de 760/1.000 casos entre 1995 e 1996 para 484/1.000, entre 2005 e 2006, provavelmente decorrente de diversos fatores, como redução de custos pelas companhias de seguros, campanhas de orientação sobre a origem viral em alguns casos de otites, uso da vacina pneumocócica heptavalente (PCV7) e a vacina para influenza.

VACINAS E OTITE MÉDIA AGUDA

A vacina conjugada do pneumococo mostrou-se efetiva na proteção contra otite, com redução de 29% das otites pneumocócicas, entre crianças que receberam a PCV7 antes de 24 meses de idade. Entretanto, a redução geral das otites (incluindo-se todos os agentes) foi de 6% a 7% em estudos observacionais. Outro ponto positivo observado é que houve redução de 40% das visitas ao médico devido à otite, depois da introdução da PCV7.

Ainda se têm poucas informações da redução secundária à PCV13. Sabe-se que a maioria das otites é de causa viral e

que dois terços das crianças com influenza podem ter otite. A introdução da vacinação contra o vírus influenza mostrou eficácia, diminuindo em 30% a 55% as otites durante o inverno. A vacina contra influenza é recomendada a partir de 6 meses de idade [Centers for Disease Control (CDC)].

ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida continua sendo uma forte recomendação, por se mostrar protetor contra as otites médias. Dois trabalhos recentes mostraram que o aleitamento parcial é ainda superior ao aleitamento artificial, independentemente da fórmula de leite utilizada.

Desde 2004, a redução das otites pode ser devida ao aumento da frequência de aleitamento materno. Assim, a AAP recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, mantendo-o a seguir, mesmo com a introdução de outros alimentos, até 1 ano de vida.



Foto: Pixabay

CONDIÇÕES AMBIENTAIS E HÁBITOS

A exposição à fumaça do tabaco é fator predisponente das otites, assim como uso de mamadeiras ou chupetas.

Trabalhos recentes confirmam que a posição supina é desfavorável e recomendam eliminar a chupeta nos segundos 6 meses de vida. Outro estudo mostra que a otite média de repetição pode estar associada ao uso de chupeta.

As múltiplas exposições a infecções das vias aéreas superiores e a frequência à creche são fatores predisponentes para otite de repetição.

XILITOL

Xilitol é um açúcar que está presente em muitas gomas de mascar, mas nos Estados Unidos pode ser encontrado em formato de xarope ou tabletes mastigáveis. Uma revisão da Cochrane demonstrou uma redução estatística de 25% dos casos de otite média aguda nas crianças que frequentavam

creches e utilizaram os tabletes mastigáveis. O xilitol precisa ser utilizado de três a cinco vezes ao dia e deve ser mantido durante as estações que as infecções de vias aéreas (outono e inverno no Brasil) são mais frequentes, pois seu uso esporádico não se mostrou efetivo.

ANTIBIÓTICOS

A amoxicilina com clavulanato apresenta um espectro mais largo para o tratamento das otites médias, entretanto, levando-se em consideração o custo e os efeitos colaterais, a amoxicilina continua sendo a primeira.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2011-2012. *Pediatrics*. 2011;128(4):813-25.
2. Azarpazhooh A, Limeback H, Lawrence HP, Shah PS. Xylitol for preventing acute otitis media in children up to 12 years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD007095.
3. Brown CE, Magnuson B. On the physics of the infant feeding bottle and middle ear sequela: ear disease in infants can be associated with bottle feeding. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54(1):13-20.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60(33):1128-32.
5. Daly KA, Giebink GS. Clinical epidemiology of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19(suppl 5):S31-6.
6. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993;91(5):867-72.
7. Eskola J, Kilpi T, Palmu A, Jokinen J, Haapakoski J, Herva E, et al.; Finnish Otitis Media Study Group. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med*. 2001;344(6):403-9.
8. Etzel RA, Pattishall EN, Haley NJ, Fletcher RH, Henderson FW. Passive smoking and middle ear effusion among children in day care. *Pediatrics*. 1992;90(2 pt 1):228-32.
9. Fireman B, Black SB, Shinefield HR, Lee J, Lewis E, Ray P. Impact of the pneumococcal conjugate vaccine on otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22(1):10-6.
10. Jansen AG, Hak E, Veenhoven RH, Damoiseaux RA, Schilder AG, Sanders EA. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD001480.
11. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013 Mar;131(3):e964-99. doi: 10.1542/peds.2012-3488. Epub 2013 Feb 25.
12. Pavia M, Bianco A, Nobile CG, Marinelli P, Angelillo IF. Efficacy of pneumococcal vaccination in children younger than 24 months: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2009;123(6). Disponível em: www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/6/e1103.
13. Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJ, Schilder AG. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Fam Pract*. 2008;25(4):233-6.
14. Zhou F, Shefer A, Kong Y, Nuorti JP. Trends in acute otitis media-related health care utilization by privately insured young children in the United States, 1997-2004. *Pediatrics*. 2008;121(2):253-60.

FIQUE ATENTO

Fator antinúcleo (FAN)

É um teste que utiliza como substrato células Hep-2 (células de câncer de laringe) e através da imunofluorescência identifica diferentes padrões. Pode expressar autoimunidade, mas sua valorização depende da presença de um quadro clínico consistente, do padrão e da titulação. Títulos altos e padrões como o homogêneo e o pontilhado grosso estão mais associados a doenças autoimunes, enquanto o pontilhado fino denso é o mais encontrado em indivíduos saudáveis.

Departamento de Reumatologia Pediátrica da SPSP

Cuidados Paliativos

A definição de Cuidados Paliativos Pediátricos da OMS enfatiza o conceito do cuidado total e ativo dos pacientes e tem como meta oferecer a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias, consistente com seus valores, crenças, religião e cultura, em casa ou no hospital. De uma forma ideal, o Cuidado Paliativo é uma intervenção precoce que deve ser instituída no tempo do diagnóstico, através do curso da terapia curativa. Quando o processo da doença não responde mais às intervenções curativas, o foco do cuidado passa ser a qualidade de vida da criança e da sua família.

Departamento de Cuidados Paliativos Pediátricos da SPSP

Admissão de recém-nascidos EXTERNOS EM UTI NEONATAL

Recém-nascidos externos em estado grave devem ser internados preferencialmente em UTI Neonatal. À admissão, os RN's podem estar colonizados ou infectados por germes multirresistentes, indicando-se culturas de vigilância (swabs anal, de orofaringe, conduto auditivo e coto umbilical, cultura de secreção traqueal e hemocultura se indicadas) e isolamento de contato em quartos privativos ou coorte, em incubadoras e com funcionários específicos. O isolamento é mantido até a alta, em caso de germes multirresistentes. Nas infecções virais, indica-se isolamento respiratório por 15 dias ou até culturas negativas.

Departamento Científico de Neonatologia da SPSP

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo contra a Síndrome Alcoólica Fetal

Nenhuma quantidade de álcool é considerada segura para ingestão durante qualquer trimestre da gravidez.

**PARTICIPE
DIVULGUE
APOIE!**

Diga não à SAF e apoie uma gravidez sem álcool! Participe da campanha, divulgue nas redes sociais!

Use a hashtag #gravidezsemalcool



**#gravidezsemalcool
EU APOIO!**

OTITE

média aguda de repetição

Renata C. Di Francesco

Professora livre-docente da disciplina de Otorrinolaringologia da FMUSP

A otite média aguda (OMA) é uma das afecções mais comuns entre as crianças. Depois de um episódio de OMA, a criança pode enfrentar dois problemas: otite média aguda recorrente (OMAR), mais conhecida no Brasil como otite média aguda de repetição, ou persistência da efusão na orelha média, que se denomina otite média com efusão (OME) ou secretora.

A otite média crônica recorrente tem sido definida como a ocorrência de $3 \geq$ episódios de OMA, em um período de seis meses, ou $4 \geq$ episódios, em 12 meses (com pelo menos um episódio nos seis meses precedentes). Esses episódios precisam ser bem documentados e classificados como infecções independentes.

A otite média aguda, assim como a OME, pertence a estágios diferentes de um contínuo. Pode, entre outros motivos, ocorrer após o quadro agudo por disfunção da tuba auditiva, resultado de uma infecção das vias aéreas superiores e conseqüentemente, predispor o desenvolvimento de nova OMA.

Crianças com OME apresentam até cinco vezes mais episódios de OMA e 50% das crianças com OMA podem desenvolver a efusão assintomática da orelha média. Essa condição pode levar à perda auditiva condutiva de 15 a 40 dB, que pode ter efeitos adversos no desenvolvimento da linguagem, no desenvolvimento cognitivo, no comportamento e na qualidade de vida.

São conhecidos alguns determinantes da recorrência das otites médias, como crianças muito pequenas, sexo masculino, irmãos com OMAR, crianças que não foram amamentadas, insucesso do tratamento clínico inicial, doença bilateral, fumo passivo, frequentar creches, história pregressa de OMAR, e ainda a persistência dos sintomas por mais de dez dias. Para a OME são determinantes o inverno, o outono, doença bilateral, obstrução nasal e timpanograma com curva tipo B1 (Timpanograma é um método para avaliação da mobilidade da membrana timpânica e das condições funcionais da orelha média alterado, do tipo B1).

Crianças com menos de 2 anos de idade têm mais chances de recorrência das otites e efusão persistente na orelha média. Apesar dos fatores de risco serem os mesmos, a predição das recorrências nessa faixa etária é mais pobre. 50% das crianças com menos de 2 anos de idade que apresentam otites terão OMAR nos próximos seis meses.

Bebês que nadam têm um risco maior de infecções de vias aéreas superiores, portanto, otites. São mais acometidos os bebês filhos de pais asmáticos ou com dermatite atópica. A prevalência de uma ou mais infecções entre os nadadores é de 43%, sendo 19% nos não nadadores.

A natação em piscinas públicas pode afetar a saúde do trato respiratório de várias maneiras. As crianças são expostas a agentes físicos, químicos e biológicos (bactérias, vírus e alérgenos) que podem afetar a recorrência das infecções, obviamente, há diferenças individuais, sendo uns mais afe-

Foto: Freepik



tados do que outros. O ambiente da piscina é propício para a sobrevivência e a reprodução de bactérias e vírus, além do mais, os produtos clorados, comumente utilizados para desinfecção das piscinas, são irritantes para as vias aéreas e o ambiente úmido é adequado ao desenvolvimento de fungos.

O diagnóstico preciso de OMA em bebês e crianças pode ser difícil. Os sintomas podem se sobrepor àqueles das doenças do trato respiratório, infecções de vias aéreas (IVA) virais, a visibilização da membrana timpânica pode estar obstruída por cerúmen e alterações sutis da membrana timpânica podem ser difíceis de serem discernidas. A falta de colaboração das crianças e otoscópios pouco iluminados tornam o exame ainda mais difícil.

Faz-se necessário diferenciar um novo quadro agudo em crianças com OMA de repetição (recorrente), da otite média secretora (OMS) ou com efusão. Na OMA destaca-se, além da hiperemia da membrana timpânica, o abaulamento ao contrário da retração da OME, que apresenta ainda o manúbrio ou cabo do martelo horizontalizado e podendo notar-se também retrações ainda mais evidentes da pars flácida da MT.

TRATAMENTO

ANTIBIOTICOTERAPIA

O benefício do tratamento de profilaxia com antibióticos é pequeno, considerando-se os efeitos negativos de prescrever antibióticos, incluindo a possibilidade de aumento da resistência e os efeitos colaterais, principalmente alergia e distúrbios gastrointestinais, como diarreia.

Uma revisão da Cochrane também não recomenda a antibioticoterapia profilática para OME, pois não há diferença na melhora em seis meses. Estudos randomizados e placebo-controlados de profilaxia da OMA mostram uma redução de 0,09 episódio por mês. A OME não é um processo infeccioso e, por isso, não há benefícios no tratamento com antibióticos. Como citado anteriormente, é importantíssimo distinguir a OMA da OMS.

ALERGIA

Evidências clínicas e in vitro indicam que, como ocorre na rinite alérgica e na asma, há uma inflamação alérgica das células T auxiliares do tipo 2 (Th2) em alguns pacientes com OME. Sabe-se, entretanto, que o tratamento isolado com anti-histamínicos não é eficaz, pois estes atuam apenas na fase inicial da resposta alérgica. Entretanto, a fase mais crônica da alergia não é histamino dependente e leva a mais edema da mucosa da caixa timpânica e da tuba auditiva, além de ocorrer um aumento de citocinas, perpetuando a inflamação.

Os corticosteroides sistêmicos são úteis, pois diminuem a resposta inflamatória de todas as fases do processo alérgico. Os corticosteroides intranasais, apesar de úteis no trata-

mento das rinites, não chegam até a orelha média. Os corticosteroides sistêmicos, apesar de eficazes, apresentam uma razão risco e benefício desfavorável.

CIRURGIA

ADENOIDECTOMIA

A adenoidectomia isolada para OMA de repetição em crianças, principalmente menores de 2 anos de idade, diminui muito pouco o risco de OMA e persistência da efusão da orelha média.

A timpanostomia com colocação de tubo de ventilação para tratamento da OMA de repetição ainda é controversa.

Uma revisão sistemática mostrou que a timpanostomia reduz o número de OMAS em uma vez e meia, em seis meses e, ainda, apresenta uma melhora importante em medidas de qualidade de vida, tendo sido medidos os domínios psicossociais, como sofrimento físico, perda auditiva, distúrbios da fala, distúrbios emocionais e preocupação dos pais diante de infecções. Os benefícios do tubo de ventilação estendem-se à OME.

A adenoidectomia deve ser realizada em conjunto com a colocação do tubo de ventilação.

OUTRAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Algumas vacinas são recomendadas na prevenção das otites médias de repetição, como a vacina antipneumocócica e a vacina anual contra o influenza. Esta última reduz os casos de gripe e, portanto, também a ocorrência de otites.

REFERÊNCIAS

1. Damoiseaux RAMJ, Rovers MM, Van Balen FAM, Hoes AW, Melker RA. Long-term prognosis of acute otitis media in infancy: determinants of recurrent acute otitis media and persistent middle ear effusion. *Fam Pract.* 2006 Feb;23(1):40-5. Epub 2005 Aug 17.
2. Daniel M. Antibiotics for otitis media with effusion in children. *Clin Otolaryngol.* 2013;38:56-7.
3. Koivunen P, Uhari M, Luotonen J, Kristo A, Raski R, Pokka T, Alho OP. Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;328:487.
4. Koopman L, Hoes AW, Glasziou PP, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, et al. Antibiotic therapy to prevent the development of asymptomatic middle ear effusion in children with acute otitis media: a meta-analysis of individual patient data. *Arch Otolaryngol HN Surg.* 2008;134(2):128-32.
5. Nystad W, Nja F, Magnus P, Nafstad P. Baby swimming increases the risk of recurrent respiratory tract infections and otitis media. *Acta Paediatr.* 2003 Aug;92(8):905-9.
6. tewfi ka tl, Mazerb B. the links between allergy and otitis media with effusion. *Current opinion in otolaryngology & Head and neck surgery.* 2006;14:187-90.

ATRESIA BILIAR

Um alerta amarelo

Adriana Maria A. De Tommaso

Médica Assistente do Serviço de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica e Serviço de Transplante Hepático/UNICAMP

A atresia biliar é uma grave e frequente doença hepática do período neonatal. Trata-se de colangiopatia progressiva, inflamatória e fibroesclerosante que resulta em obstrução dos ductos intra e extrahepáticos, com incidência de 0,8 - 1/10.000 nascidos vivos e predominância no sexo feminino. A etiologia ainda é desconhecida.

Clinicamente, apresenta-se sob duas formas: embrionária (20-30% casos, com malformações associadas) e perinatal (70-80% casos, sem malformações). Em 2013, Petersen e Davenport propuseram uma divisão clínica em 3 tipos: atresia isolada obliterativa, atresia cística e atresia associada a malformações.

Em 1959, o Dr. Morio Kasai desenvolveu a hepatoportoenterostomia na tentativa de restaurar o fluxo biliar. Porém, apesar do tratamento cirúrgico, até 80% necessitarão de um transplante hepático ao longo da vida. A atresia biliar representa cerca de 50% das indicações de transplante em Pediatria.

Desde sua descrição, em 1817, até os dias atuais, importantes passos têm sido dados na tentativa de elucidação deste agravo e melhoria na sobrevida das crianças. Como destaque, temos a cirurgia de Kasai, em 1959, e o advento do transplante hepático, em 1982. O futuro nos reserva desvendar a modulação do sistema imune.

Há vários grupos de estudo sobre atresia biliar. Em 2009, foi fundado o GHPed (Grupo de Estudos em Hepatologia Pediátrica do Brasil) cuja a primeira proposta foi conhecer a experiência brasileira com a doença. O grupo está sob a presidência da Dra. Elisa de Carvalho (Hospital de Base do Distrito Federal) e do Dr. Jorge L. dos Santos (anteriormente Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, atualmente Professor Auxiliar Convidado Universidade da Beira Interior/Covilhã/Portugal). A avaliação relata a experiência com 513 crianças, permitindo-se chegar às seguintes conclusões: 1. O encaminhamento tardio ainda é um importante problema brasileiro, devendo ser instituídas ações de saúde pública,

em âmbito nacional, que favoreçam o diagnóstico precoce; 2. No Brasil, a sobrevida global ainda é menor que a desejável, mas a sobrevida pós-transplante é semelhante a dos países industrializados; 3. A realização precoce da portoenterostomia aumenta a sobrevida com fígado nativo e pode diminuir a necessidade do transplante nos primeiros anos de vida.

Com base nessas conclusões, medidas foram propostas e estão sendo colocadas em prática. Para a diminuição da mortalidade, deve-se promover parcerias que facilitem o acesso aos serviços onde se realiza transplante hepático. Para o diagnóstico precoce, é urgente a divulgação do **ALERTA AMARELO**, por meio da escala cromática das cores das fezes na caderneta de saúde da criança, o que já ocorre em vários locais.

REFERÊNCIAS

1. Petersen C, Davenport M. Aetiology of biliary atresia: what is actually known? Orphanet J Rare Dis. 2013;8:128.
2. Carvalho E, dos Santos JL, Silveira TR, Kieling CO, Silva LR, Porta G, et al. Biliary atresia: the Brazilian experience. J Pediatr (Rio J). 2010;86:473-9.

FEZES NORMAIS



FEZES SUSPEITAS



A Campanha do **alerta amarelo** ocorre em nível nacional, recomendando que todo recém-nascido que persista com icterícia com mais de 14 dias, ou que apresente acolia fecal (mesmo abaixo de 14 dias), seja investigado com a dosagem de bilirrubina total e frações.





Acesse:

www.rpped.com.br

- ! Versão Português e Inglês
- ! Artigos no prelo e versão final
- ! Ferramenta de busca otimizada
- ! Submissão de artigos
- ! Instruções aos autores

