ANTIBIOTERAPIA TÓPICA *VERSUS* SISTÉMICA NO TRATAMENTO DA OTITE AGUDA EXTERNA

Referência: Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database Syst Rev 2010; (1): CD004740. DOI: 10.1002/14651858. [acedido em 05/05/2012].

Questão Clínica

Quais as alternativas terapêuticas mais eficazes no tratamento da otite aguda externa?

Resumo do Estudo

Introdução: A otite aguda externa consiste numa inflamação do canal auditivo externo de etiologia diversa como infecciosa, alérgica ou fúngica, podendo afectar até 10% de todas as pessoas. A etiologia bacteriana é a forma mais comum observada pelo Médico de Família. Dentro dos microorganismos que provocam a otite aguda externa bacteriana o mais frequente é haver infecção local por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococus aureus*.

Sem tratamento, a otite aguda externa pode evoluir para miringite, pericondrite, celulite facial ou auricular ou otite externa necrotizante, que surge mais frequentemente em doentes diabéticos, idosos ou imunodeprimidos, em que existe extensão ao osso temporal com osteomielite, situação potencialmente fatal.

Objectivo: O objectivo do estudo consiste em determinar a efectividade das diferentes terapêuticas disponíveis no tratamento da otite aguda externa.

Metodologia: Foram incluídos ensaios controlados e aleatorizados simples ou duplamente cegos, sem restrições para a língua ou ano de publicação dos estudos (até 6 de Janeiro de 2009). Incluíram-se participantes de todas as idades com otite aguda externa não complicada, com membrana timpânica intacta. Excluídos ficaram os doentes com otite aguda externa complicada, secundária a otite média, otite crónica externa, otite crónica supurativa, otite externa de origem fúngica, viral, eczematosa, furunculosa ou necrotizante.

Foram encontrados 80 ensaios, dos quais se incluíram 19 (11 eram duplamente cegos): três de elevada qualidade, os restantes de qualidade moderada ou baixa. Estes totalizaram 3382 participantes.

Os tipos de intervenções efectuadas foram a limpeza do canal auditivo externo, tratamento tópico (antisépticos, antibióticos, corticosteróides e combinações entre eles) e antibioterapia oral. Foram pesquisados *outcomes* primários: resolução sintomática e resolução dos sinais e *outcomes* secundários: erradicação microbacteriológica no canal auditivo externo, recorrência de sintomas e complicações do tratamento.

Resultados: Os resultados mostram que o uso de antibioterapia ou antisépsia tópica são altamente eficazes associados ou não com corticosteróides, com uma taxa de resolução clínica entre 55% e 100% face a uma taxa de 10% conseguida com o uso de placebo.

Os *outcomes* da limpeza auditiva não foram avaliados, uma vez que esta foi realizada de início para permitir o diagnóstico seguro e para avaliar a resposta ao tratamento, tendo sido efectuada sempre a nível hospitalar.

Os antibióticos tópicos (neomicina e colistina com neomicina) foram comparados com o placebo mediante o processamento estatístico de dados relativos a três ensaios com maior eficácia na resolução clínica no primeiro grupo (OR 11, IC 95%) com boa resposta em 55% face aos 10% no grupo controlo. A resolução microbiológica e os efeitos adversos não foram pesquisados.

As associações de antibiótico e corticosteróide (polimixina B com neomicina associados a hidrocortisona e dexametasona) não mostraram superioridade em relação à antibioterapia tópica isolada em termos de resolução clínica ao 7.º-9.º dia (OR 3,46; IC 95%); no entanto, verificou-se uma maior recorrência no primeiro grupo (OR 3,1; IC 95%) sendo contraditórios os dados relativos ao tempo para atingir os *outcomes*. Embora não tenha sido estudada a resolução microbacteriológica, comparando o ácido acético com um aminoglicosídeo associado a corticosteróide, ao fim de 2 e 3 semanas observaram-se melhores taxas de resolução clínica no segundo grupo com um OR 0,29 e IC 95%. A taxa de recorrência também foi superior neste grupo (OR de 3,12 e IC 95%) bem como a rapidez em atingir o *outcome:* 6 dias face aos 8 dias da utilização do antiséptico. Embora os diferentes fármacos tenham sido bem tolerados, o antiséptico associou-se mais frequentemente a sintomatologia local (irritação, queimadura, dor).

Ao associar o antiséptico com corticosteróide (triancinolona) e fazendo a comparação com um aminoglicosídeo associado a corticosteróide, verificou-se uma melhor taxa de resolução clínica na primeira semana (OR 4,82; IC 95%) mas sem diferenças ao fim de duas semanas. Mais uma vez, apenas foram descritos efeitos adversos associados ao antiséptico.

Quando comparadas diferentes associações de antibióticos com corticosteróides, um dos ensaios mostra-nos diferença na resolução clínica em favor do grupo de quinolona (ciprofloxacina) com dexametasona face ao grupo de amiglicosídeo com hidrocortisona (OR 2.00 CI 95%), mas um outro ensaio não mostra significância na mesma comparação. Já em termos de resolução microbiológica verificou-se superioridade no grupo das quinolonas (OR 2,94; IC 95%), havendo também um ensaio que refere que estas resolvem mais rapidamente o quadro clínico (dor severa ou significativa com p = 0,0013 e p = 0,0456, menos inflamação com p = 0,0043 e edema com p = 0,0148) que os autores atribuem a diferença de potência do corticosteróide.

A associação de um antibiótico sistémico com tratamento tópico (aminoglicosídeo com hidrocortisona) foi comparada ao tratamento tópico num ensaio de alta qualidade. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de resolução clinica (p = 0,5109; IC 95%), microbiológica (p = 0,4086; IC 95%) ou resolução da dor (p = 0,9644; IC 95%). Os fármacos foram bem tolerados.

O uso de outros veículos, como pavios medicados ou *sprays,* mostra resultados semelhantes aos descritos, podendo ser alternativas viáveis se disponíveis ou necessários.

Conclusão: O artigo conclui, portanto, que os vários preparados e apresentações tópicas são os mais eficazes no manejo terapêutico da otite aguda externa com boas taxas de resolução clínica e bacteriológica, não se recomendando de forma alguma a associação de antibioterapia sistémica numa otite aguda externa não complicada.

Comentário

O correcto diagnóstico e tratamento da otite aguda externa é importante para a actividade diária do médico de família. Um estudo em particular mostra-nos que 36% dos doentes afectados referem incapacidade para actividades da vida diária por uma média de 4 dias, havendo mesmo 21% dos doentes que necessitaram de estar acamados por um período médio de 3 dias.[1]

Actualmente, a antibioterapia tópica está definida como tratamento de primeira linha na otite aguda externa. No entanto, verifica-se ainda que 40% dos doentes têm prescrições de antibioterapia sistémica,[2] sendo que apenas uma pequena parte desta percentagem é atribuível a concomitância de otite média ou extensão da doença. O aumento das resistências aos antibióticos de largo espectro muitas vezes utilizados é uma preocupação, além de que estes são inúteis por não apresentarem actividade contra os microorganismos mais frequentemente envolvidos na etiologia: *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococus aureus.*

Esta revisão sistemática permite esclarecer a eficácia das várias intervenções descritas no manejo terapêutico da otite aguda externa. Dos vários artigos analisados destaca-se a sua baixa qualidade realizando-se apenas três meta-análises. Os resultados são baseados em OR com intervalos de confiança alargados de 95% devido a tamanhos de amostragem muitas vezes modestos. No processo de análise, os autores da revisão eliminaram qualquer heterogeneidade, por isso atribui-se um **nível de evidência 1a.** No entanto, 17 dos artigos revistos não foram realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários e apenas dois o foram nesse contexto, destacando-se que um deles é de elevada qualidade.[3] Tais factos podem condicionar as extrapolações destes resultados para a nossa realidade, uma vez que a própria limpeza do canal auditivo, realizada como parte do tratamento em 11 dos estudos incluídos, poderá ter um papel na resolução clínica da doença e os cuidados de saúde primários não dispõem do material próprio para a sua correcta execução.

Na análise dos resultados verificamos que os tratamentos tópicos de forma isolada são formas efec-

tivas para a otite aguda externa não complicada e que a associação de antibioterapia sistémica é desnecessária.

Embora a escolha do agente tópico utilizado não tenha influenciado significativamente os *outcomes*, devem ser feitas algumas considerações. O ácido acético está disponível em gotas ou *spray* como medicação de prescrição livre e, embora seja económico e viável, mostra menos eficácia a partir do 7.º dia e a duração da sintomatologia é superior às alternativas sendo, por isso, difícil de aconselhar o seu uso regular.

Disponíveis no mercado português existem várias associações entre antibiótico e corticosteróide. Apesar da evidência não mostrar diferenças significativas a nível da resolução clínica e microbiológica a associação com corticosteróides, especialmente os mais potentes, promoveu uma mais rápida resolução dos sinais inflamatórios (eritema, edema, dor). Já de forma isolada, a evidência quanto ao seu uso é escassa e não é de recomendar.

Os antibióticos tópicos mais comuns são os aminoglicosídeos (neomicina ou a gentamicina) e as quinolonas (ciprofloxacina ou a ofloxacina). A primeira classe, pela sua ototoxicidade, está contraindicada nos casos em que existe perfuração timpânica sendo totalmente segura quando tal não se verifica.[4] As quinolonas serão a escolha nos casos em que se desconhece o estado da membrana timpânica (em caso de dificuldade na sua observação).

Perante as diversas alternativas deve imperar o bom senso do clínico na avaliação de factores de custo, disponibilidade, regime terapêutico, risco de ocorrência de resistências e de ototoxicidade. Os pacientes deverão manter o tratamento entre 7-10 dias ou até resolução da sintomatologia. Os doentes que mantém sintomatologia para além das duas semanas deverão ser reavaliados pelo médico.

Por esclarecer, fica assim, o papel da limpeza auricular efectuada inicialmente nos doentes incluídos nos estudos realizados no âmbito hospitalar e o seu efeito na resolução clínica do processo infeccioso sobre o qual deveriam incidir mais estudos. Na inviabilidade custo-efectiva de referenciar esta patologia para realizar esse processo seria de ponderar a distribuição de material de limpeza nas unidades de cuidados primários se o seu papel fosse de facto preponderante no processo de resolução da doença. Por sua vez, a lavagem auricular está sempre contra-indicada e não pode ser um substituto das técnicas de limpeza. Uma outra questão que deverá ser abordada em futuros estudos será avaliar a aderência dos doentes às intervenções tópicas que muitas vezes obrigam a aplicações frequentes por períodos de tempo prolongados.

Ana Isabel SILVA
(USF Nova Salus/ACES Grande Porto VIII – Gaia)
Sérgio Barros Cardoso
(USF Salvador Lordelo/ACES Tâmega II e Vale do Sousa Sul)
Hélder Aguiar
(USF Vale do Vouga/ACES Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Asperen IA, de Rover CM, Schijven JF, Oetomo SB, Schellekens JF, van Leeuwen NJ, et al. Risk of otitis externa after swimming in recreational fresh water lakes containing Pseudomonas aeruginosa. BMJ 1995 Nov 25; 311 (7017): 1407-10.
2. Hannley MT, Denneny JC 3rd, Holzer SS. Use of ototopical antibiotics in treating common ear diseases. Otolaryngol Head Neck Surg 2000 Jun; 122 (6): 934-40.
3. Van Balen FA, Smit WM, Zuithoff NP, Verheij TJ. Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: randomised controlled trial. BMJ 2003 Nov 22; 327 (7425): 1201-5.
4. Rowlands S, Devalia H, Smith C, Hubbard R, Dean A. Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. Br J Gen Pract 2001 Jul; 51 (468): 533-8.