

ORL PEDIÁTRICA

ATUALIZAÇÕES E NOVIDADES



**ARMIN BIDARIAN MONIRI,
MD, PHD**

Department of Otorhinolaryngology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy at the University of Gothenburg, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden. Regenerative Medicine Program, Department of Biomedical Sciences and Medicine, University of Algarve. Department of Clinical Sciences, S. Gonçalo Academy, Hospital S. Gonçalo of Lagos.

A ORL pediátrica tem sido alvo de alterações durante os últimos anos, com a implementação de novas *guidelines* em diversos tratamentos. A medicina baseada em evidência revela que os tratamentos devem apostar em abordagens conservadoras e, quando possível, permitir a resolução natural de doenças, limitando assim tratamentos tais como antibióticos e métodos invasivos em situações por natureza auto limitantes. Algumas das condições mais frequentes onde foram implementadas novas abordagens terapêuticas são amigdalite, otite e apneia do sono.

Amigdalite

Amigdalite aguda

Amigdalite significa uma infeção nas amígdalas acompanhada com febre e dor ao deglutir. Independentemente do aspeto clínico da doença, que poderá até incluir exsudado branco nas amígdalas, esta infeção é, na maioria dos casos, de origem virica. Cerca de 10% das infeções são causadas por bactérias, sendo o *streptococcus* beta-hemolítico grupo A o mais comum. Um diagnóstico adequado pode ser realizado com testes complementares. Os testes de deteção rápida têm uma sensibilidade e especificidade alta de deteção dos *streptococcus* beta-hemolíticos. Antibioterapia desnecessária pode resultar num aumento de resistência global aos antibióticos, eliminação da flora natural existente no doente alvo e um elevado risco para sensibilização e reações alérgicas.

Amigdalite crónica

Amigdalectomia é um procedimento cirúrgico frequentemente realizado na população pediátrica pela indicação de amigdalite crónica. Devido às complicações relacionadas com amigdalectomia, que incluem mortalidade associada à hemorragia pós-operatória, as indicações cirúrgicas têm sido redefinidas durante os últimos anos. As *guidelines* internacionais aconselham

cirurgia apenas em crianças com > 6-7 episódios de amigdalites clinicamente bem documentadas no último ano ou 5-6 episódios de amigdalites durante os últimos dois anos consecutivos.

Otite

Otite média aguda

Devido à frequência de otite média aguda na população pediátrica os custos socioeconómicos associados são consideráveis. Meta-análises de antibioterapia em otite média aguda em crianças revelam que esta condição é por norma auto limitante e, numa grande maioria dos casos, necessita apenas de tratamento sintomático. As *guidelines* atuais limitam a utilização de antibióticos e sugerem um período de *watchfull waiting*, com possibilidade de reavaliação passadas 24-72 horas.

A *guideline* escandinava para tratamento da otite média aguda é simplificada de modo a facilitar ao profissional recordar as regras de utilização. Crianças com febre, dor e otoscopia, compatível com otite média aguda, necessitam de antibioterapia apenas nas seguintes situações: 1) Otite média bilateral; 2) Perfuração espontânea do tímpano; 3) Sintomatologia grave que não responde a tratamento sintomático; 3) Idade < 2 anos. Nos restantes casos aconselha-se tratamento sintomático e, se necessário, reavaliação.

Otite serosa crónica

Otite serosa é caracterizada por acumulação de líquido no ouvido médio sem sinais de uma infeção aguda. Esta condição é frequentemente encontrada após uma infeção respiratória em crianças e é normalmente associada com uma hipoacusia ligeira-moderada. Dado que aproximadamente todas as crianças têm o mínimo de um episódio de otite serosa antes de começar a escola, as recentes *guidelines* aconselham uma abordagem não cirúrgica na maioria dos casos. Esta recomendação

é baseada nas complicações frequentes relacionadas com miringotomia com colocação de tubos transtimpânicos de ventilação, o efeito limitado sobre a audição da criança e a frequente recidiva da doença. Deve ser feito um período de *watchful waiting* durante 3-6 meses em caso de doença bilateral, com prolongação deste período até 12 meses em caso de doença unilateral.

Tornou-se imprescindível a necessidade de desenvolvimento de métodos não-cirúrgicos eficazes para tratar a otite serosa em crianças menores, numa idade em que o desenvolvimento global e a qualidade de vida pode ser comprometida com uma hipoacusia uni ou bilateral. O nosso grupo de investigação desenvolveu um novo dispositivo, Moniri-Oto-vent®, que permite a realização de manobras modificadas de Valsalva e Politzer em crianças a partir dos dois anos de idade. Os nossos resultados revelam um taxa de sucesso > 80% em crianças tratadas com uma excelente adesão à terapia.

Apneia do sono pediátrica

Apneia do sono é uma condição caracterizada por episódios repetitivos de obstrução nas vias áreas superiores durante o sono. Apneia do sono pediátrica é relacionada com o tamanho das adenoides e amígdalas. Esta condição, é por norma, uma condição curável/reversível na população pediátrica.

Apesar do tratamento cirúrgico ter uma taxa de sucesso elevada, as recentes *guidelines* aconselham tratamento conservador durante dois ou três meses, devido às complicações associadas com adenoidectomia ou adenoamigdalectomia.

Uma recente meta-análise de Cochraine avaliou o efeito de corticoesteróides nasais no tratamento de hipertrofia das adenoides em crianças na lista de espera para cirurgia, demonstrando uma taxa de sucesso >70% evitando, deste modo, a cirurgia.

Tratamento cirúrgico em apneia do sono deve apostar na restauração da anatomia

normal e redução dos riscos associados. Novas técnicas, minimamente invasivas de adenoamigdalectomia implicam redução de tamanho das adenoides e amígdalas para um aumento do espaço respiratório na epifaringe/faringe com redução dos sintomas obstrutivos.

A ORL PEDIÁTRICA
TEM SIDO ALVO
DE ALTERAÇÕES
DURANTE
OS ÚLTIMOS
ANOS, COM A
IMPLEMENTAÇÃO DE
NOVAS GUIDELINES
EM DIVERSOS
TRATAMENTOS

