



A Otite Média Aguda (OMA) é uma infecção súbita da orelha média, geralmente precedida por infecção viral respiratória ou disfunção da tuba auditiva. Nos adultos, os principais agentes são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e, mais raramente, *Streptococcus pyogenes* e *Pseudomonas aeruginosa*. Vírus respiratórios também podem estar envolvidos, isoladamente ou em cointfecção.

## I - ASSISTENCIAL

### 1. QUADRO CLÍNICO

Em adultos, a otite média aguda (OMA) costuma ser precedida por infecção do trato respiratório superior ou exacerbação de rinite alérgica sazonal. O quadro clínico é geralmente **unilateral**, com **otalgia** de intensidade variável e **hipoacusia** ou **audição abafada**. Em casos de perfuração timpânica, pode haver **alívio súbito da dor**, seguido de **otorreia purulenta**.

Outros sintomas possíveis incluem **zumbido**, **desequilíbrio leve** (infrequente) e sinais transitórios de **perda auditiva condutiva**, devido à presença de secreção na orelha média. A presença de **febre alta**, **dor retroauricular intensa** ou **paralisia facial** indica possível complicação e exige investigação.

### 2. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico da otite média aguda (OMA) em adultos é **essencialmente clínico**, baseado nos achados otoscópicos característicos, associados ou não a sintomas como otalgia, sensação de plenitude auricular, otorreia recente, zumbido pulsátil e hipoacusia.

A otoscopia com aparelho manual é fundamental para avaliação diagnóstica, e o uso de otoscopia pneumática (quando disponível) aumenta a acurácia, permitindo observar a mobilidade da membrana timpânica.

Achados otoscópicos típicos:

- **Abaulamento da membrana timpânica** (achado mais sensível e específico)
- **Redução da mobilidade** timpânica à otoscopia pneumática
- **Opacidade** ou perda da translucidez habitual
- **Alterações da coloração** (ex: hiperemia)
- Presença de **vasos radiais congestos**
- **Perfuração** timpânica (pode haver otorreia purulenta visível no conduto auditivo externo)
- **Nível hidroaéreo** visível, com demarcação entre área opaca e translúcida

Em casos com **cerúmen impactado**, recomenda-se sua remoção cuidadosa por curetagem ou aspiração sob visão direta. A irrigação deve ser evitada na suspeita de OMA. Quando não é possível a visualização segura da membrana timpânica, está indicado o encaminhamento ou acionamento do otorrinolaringologista.

O reconhecimento adequado desses achados é essencial para garantir um diagnóstico preciso, evitando o uso desnecessário de antibióticos e contribuindo para a redução da resistência bacteriana.

### 3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- **Otite Média com Efusão (OME):** Cursa com presença de fluido na orelha média, sem sinais de infecção aguda. É causada por disfunção da tuba auditiva, IVAS ou alergias. Os sintomas incluem hipoacusia condutiva e plenitude auricular. A otoscopia mostra tímpano retráido e fluido visível. A maioria dos casos se resolve em até 12 semanas.
- **Otite Média Crônica (OMC):** Se caracteriza por perfuração timpânica persistente, com ou sem otorreia. Pode ser seca, serosa ou purulenta (OMC supurativa). Quando há colesteatoma, há risco de erosão óssea e complicações. O diagnóstico é clínico e otoscópico.
- **Otite Externa:** Inflamação do conduto auditivo externo, com dor à manipulação da orelha e possível secreção. O tímpano está normal, sem sinais de inflamação da orelha média. É comum em ambientes úmidos ou após trauma local.
- **Herpes Zoster (Síndrome de Ramsay Hunt):** Apresenta-se com otalgia intensa, paralisia facial periférica e vesículas no pavilhão auricular ou conduto. Pode haver zumbido, vertigem e perda auditiva. Deve ser suspeitado mesmo antes do aparecimento das lesões.
- **Miringite Bolhosa:** Causa bolhas dolorosas na membrana timpânica, com tímpano eritematoso mas sem acometimento da orelha média. A dor costuma ser intensa e o quadro é autolimitado. Possui provável origem viral.
- **Infecções profundas da cabeça e pescoço:** Abscessos retrofaríngeos ou parafaríngeos, podem simular OMA ou surgir como complicações. Cursam com dor local, febre, sinais neurológicos ou cervicais, e exigem avaliação por imagem.

## 4. COMPLICAÇÕES DE OMA

### Mastoidite Aguda

- **Sintomas:** Dor retroauricular, febre, abaulamento e hiperemia retroauricular, otorreia persistente (>2 semanas), perda auditiva.
- **Sinais:** Edema retroauricular, eritema sobre a região mastoide, dor à palpação da mastoide, deslocamento do pavilhão auricular para baixo e para fora, estreitamento do conduto auditivo externo, membrana timpânica abaulada ou perfurada. Abaulamento flutuante e doloroso na região retroauricular (Abscesso subperiosteal).

### Paralisia Facial Periférica

- **Sintomas:** Início súbito de fraqueza ou paralisia dos músculos de um lado da face, dificuldade em fechar o olho, desvio da rima bucal, alteração do paladar.
- **Sinais:** Assimetria facial em repouso e ao movimento, incapacidade de enrugar a testa, fechar o olho completamente (sinal de Bell), desvio da comissura labial para o lado sãº.

### Labirintite

- **Sintomas:** Vertigem intensa e súbita (geralmente rotatória), náuseas, vômitos, perda auditiva neurossensorial, zumbido, nistagmo.
- **Sinais:** Nistagmo espontâneo (geralmente horizontal, batendo para o lado oposto à lesão na fase irritativa, ou para o lado da lesão na fase destrutiva), teste de Romberg positivo, marcha desequilibrada.

### Petrosite (Síndrome de Gradenigo)

- **Sintomas:** Triade: Otorréia purulenta persistente, dor retro-orbitária ou facial profunda (V par), paralisia do nervo abducente (VI par).
- **Sinais:** Otorréia, paresia ou paralisia do VI par craniano (diplopia horizontal, estrabismo convergente), pode haver hipoestesia na área do V par.

### Meningite

- **Sintomas:** Cefaleia intensa, febre alta, vômitos, fotofobia, irritabilidade, agitação, rigidez de nuca, alteração do nível de consciência, convulsões.
- **Sinais:** Sinais meníngeos (Kernig, Brudzinski), rigidez de nuca, alteração do estado mental. Punção lombar com LCR purulento/turvo, pleocitose, hiperproteinorraquia, hipoglicorraquia.

### Abscesso Epidural, Subdural e Cerebral

- **Sintomas:** Cefaleia persistente (pode ser localizada), febre, vômitos, déficits neurológicos focais (a depender da localização da lesão), convulsões, alteração do nível de consciência. Podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas inespecíficos.
- **Sinais:** Sinais neurológicos focais (hemiparesia, afasia, ataxia, etc.), papiledema ao fundo de olho, sinais de hipertensão intracraniana.

### Tromboflebite do Seio Sigmoide (Lateral)

- **Sintomas:** Febre alta e remitente, calafrios, cefaleia, dor cervical, mal-estar geral. Pode haver sinais de hipertensão intracraniana.
- **Sinais:** Edema e dor na região da veia jugular interna (sinal de Griesinger - edema sobre a mastoide devido à trombose da veia emissária mastoidea), papiledema, paralisia de nervos cranianos (VI, IX, X, XI, XII).

### Hidrocefalia Ótica (Hipertensão Intracraniana Benigna)

- **Sintomas:** Cefaleia, náuseas, vômitos, diplopia (por paralisia do VI par), alterações visuais (visão turva, perda transitória da visão), zumbido pulsátil.
- **Sinais:** Papiledema bilateral ao fundo de olho, pode haver paralisia do VI par craniano. Nível de consciência geralmente preservado.

## 5. EXAMES DE IMAGEM

A realização de exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada (TC), está indicada na suspeita de complicações da otite média aguda (OMA).

### Tomografia de Ossos Temporais / Mastoide

Indicações: suspeita clínica de OMA complicada com Mastoidite Aguda, Petrosite ou Labirintite.

Observação: pode evidenciar efusão mastoide em **todos os casos de otite média aguda (OMA)**, mas **na maioria das vezes esse achado não tem relevância clínica**. Na mastoidite coalescente, a infecção destrói os septos ósseos das células mastoideas, e a TC mostra perda da trabeculação óssea. Casos complicados, com pus sob pressão, podem evoluir com erosão óssea e disseminação da infecção para estruturas intracranianas e adjacentes, como seios venosos, canal do nervo facial e fossa posterior.

### Tomografia de Crânio com contraste

Indicações: suspeita de meningite, abscesso epidural, subdural e cerebral. Observações: A tomografia pode mostrar diferentes achados conforme a complicação da OMA. Na meningite, pode haver edema difuso, realce meníngeo e hidrocefalia. O abscesso cerebral surge como lesão com realce em anel e edema perilesional, geralmente no lobo temporal ou cerebelo. O empiema subdural aparece como coleção em crescente com desvio de linha média, e o empiema epidural, como coleção biconvexa entre dura e osso, com possível erosão óssea. Todos exigem avaliação especializada urgente.

### Tomografia de Ossos Temporais / Mastoide com contraste e venografia (angio-TC) ou Ressonância magnética (RM) de crânio com contraste + angio-RM venosa

Indicações: suspeita de Tromboflebite do Seio Sigmoide. Observações: A infecção otomastoidea pode ser confirmada por TC com contraste ou RM com contraste. Em casos de tromboflebite do seio sigmoide, a angio-TC ou angio-RM venosa detecta falhas de enchimento e ausência de fluxo no seio venoso.

## 6. CRITÉRIOS DE CONTATO E AÇÃO NAMAMENTO DA OTORRINOLARINGOLOGIA

- Suspeita de OMA complicada
- Falha terapêutica (na reavaliação após 48 a 72 horas)
- Discussão para definição de exame complementar para investigação de complicações
- Suspeita de OMA e obstrução por cerume impossibilitando avaliação clínica

## 7. TRATAMENTO OMA NÃO COMPLICADA

Antimicrobiano	Considerações
Amoxicilina-Clavulanato 875/125 mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Primeira escolha nos casos sem sinais de alarme, complicações, suspeita ou confirmação de resistência bacteriana (ex: pacientes em uso de antibiótico nos últimos 30 dias para o mesmo quadro). Contraindicações: hipersensibilidade à penicilinas.
Cefuroxima 500 mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Primeira alternativa se hipersensibilidade não-anafilática à penicilina.
Levofloxacino 500-750 mg 1x/dia por 7 a 10 dias	Opção se hipersensibilidade anafilática a β-lactâmicos. Atentar para risco de ruptura tendínea (*recomendações de alta).
Moxifloxacino 400 mg 1x/dia por 7 a 10 dias	Opção se hipersensibilidade anafilática a β-lactâmicos. Atentar para risco de ruptura tendínea (*recomendações de alta).
Azitromicina 500 mg 1x/dia por 5 dias Claritromicina 500 mg 2x/dia por 7 dias	Opção terapêutica para paciente com contraindicação a β-lactâmicos, cefalosporinas e quinolonas.
Doxiciclina 100mg 2x/dia por 7 a 10 dias	Opção se hipersensibilidade a β-lactâmicos

## 8. TRATAMENTO DA OMA COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO OU COMPLICADA

Antimicrobiano	Considerações
Ceftriaxona 1000-2000 mg 12/12 horas ± Metronidazol 500 mg 8/8 horas	Opção terapêutica para pacientes com indicação de internação e hipersensibilidade não-anafilática à penicilina. A dose de 2000 mg está indicada para OMA complicada com suspeita de <b>Infeção de Sistema Nervoso Central ou Tromboflebite do Seio Sigmoide</b> .
Cefepime 2000 mg 8/8 horas ± Metronidazol 500 mg 8/8 horas	Indicado para OMA complicada com suspeita de <b>Infeção de Sistema Nervoso Central ou Tromboflebite do Seio Sigmoide</b> e suspeita de infecção por <b>Pseudomonas</b> .
Meropenem 2000 mg 8/8 horas	Indicado para OMA complicada com suspeita de <b>Infeção de Sistema Nervoso Central ou Tromboflebite do Seio Sigmoide</b> e suspeita de infecção por <b>Pseudomonas</b> .
Vancomicina 20-35mg/kg (ataque) + 15-20mg/kg 12/12 horas (manutenção)	Se suspeita de infecção por <i>S. aureus</i> MRSA.

## 8. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO

Em geral pacientes com OMA não necessitam de internação, podendo ser conduzidos ambulatorialmente.

A internação está indicada naqueles com complicações ou falha em tratamento oral.

- Falha do tratamento ambulatorial após 48–72 horas de antibiótico oral adequado
- Complicações com sinais clínicos relevantes
- Diagnóstico ou suspeita de complicações intracranianas e ossos temporais
- Paralisia facial periférica
- Vertigem intensa ou perda auditiva neurosensorial súbita
- Imunossupressão grave (ex: neutropenia, uso de imunossupressores, transplantados)
- Incapacidade de adesão ao tratamento ambulatorial (ex: condições sociais, cognitivas ou clínicas)

### III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: adequação das referências bibliográfica, alteração do templates.

Versão 4: adicionado diagnóstico diferencial, complicações e esquema antimicrobiano

### IV. REFERÊNCIAS

[1] Limb CJ, Lustig, LR, Durand ML. Acute otitis media in adults. UpToDate, Acesso em 10 de junho de 2025. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults>

[2] Schilder AGM, Marom T, Bhutta MF, et al. Panel 7: Otitis Media: Treatment and Complications. Otolaryngol head Neck Surg. 2017;156(4\_suppl): S88-S105.

[3] Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis, 2012; 54: e72–e112

[4] Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, Maruyama Y, Sawada S, Taiji H, Takahashi G, Takahashi H, Uno Y, Yano H. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. Auris Nasus Larynx. 2020 Aug;47(4):493-526. doi: 10.1016/j.anl.2020.05.019. Epub 2020 Jun 20. PMID: 32576390.

<b>Código Documento:</b> CPTW151.4	<b>Elaborador:</b> Fernanda Louise Martinho Haddad Bruno Barros Luca Silveira Bernardo Luciano Lobato Gregorio	<b>Revisor:</b> Fernando Ramos de Mattos	<b>Aprovador:</b> Andrea Maria Novaes Machado	<b>Data de Elaboração:</b> 20/04/2020	<b>Data de Aprovação:</b> 19/02/2026
				<b>Data da revisão:</b> 06/02/2026	