

Otite média com efusão e otite média aguda recorrente — quando observar e quando indicar tubos de ventilação

Confirmação da efusão, observação de 3 meses, avaliação auditiva, crianças de risco, OMA recorrente, indicações de tubos de ventilação (AAO-HNS 2022), prevenção e otorreia com tubo

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A **otite média com efusão (OME)**, ou secretora, é líquido na orelha média **sem sinais de inflamação aguda** (sem abaulamento, otalgia aguda ou febre). O diagnóstico é feito com **otoscopia pneumática** (membrana opaca e imóvel) e, na dúvida, **timpanometria** (curva B). Na criança sem fatores de risco, o caminho é a **observação por 3 meses**, porque a maioria resolve sozinha; **antibiótico, corticoide, anti-histamínico e descongestionante não são indicados**. Efusão de 3 meses ou mais, ou de qualquer duração na **criança de risco** (síndrome de Down, fenda palatina, autismo, atraso de fala, perda auditiva permanente), exige **avaliação auditiva** e encaminhamento ao otorrinolaringologista. **OMA recorrente** é **≥ 3 episódios em 6 meses ou ≥ 4 em 12 meses, com 1 nos últimos 6** (AAP 2013). A **profilaxia antibiótica não é recomendada** (SBP). O **tubo de ventilação** é indicado na OME bilateral ≥ 3 meses com dificuldade auditiva e na OMA recorrente **com efusão presente** na avaliação (AAO-HNS 2022). O seguimento é ambulatorial (●/●); mastoidite, paralisia facial ou sinais neurológicos são pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

- **OME:** líquido na orelha média **sem sinais ou sintomas de infecção aguda; crônica** quando persiste **≥ 3 meses** (AAO-HNS 2016). A SBP (DC nº 160/2024) chama de "otite média secretora" a efusão **por mais de 3 meses** sem infecção ativa.
- **OMA recorrente:** **≥ 3 episódios em 6 meses ou ≥ 4 em 12 meses, com pelo menos 1 nos últimos 6 meses** (AAP 2013; AEP 2023). Cada episódio deve ter sido confirmado por otoscopia (abaulamento), como em "Otite média aguda (e otite externa)".

Por que acontece: a tuba auditiva da criança pequena é curta, horizontal e flácida, e ventila mal a orelha média, sobretudo nos resfriados. A efusão é comum **após uma OMA** e também surge sem ela. A maioria dos problemas de orelha média melhora por volta dos 7–8 anos (SBP, DC nº 160/2024).

Quadro da OME: em geral **sem dor e sem febre**. Sinais indiretos (NICE NG233): dificuldade para ouvir (pede para repetir, aumenta a TV), atraso de fala, ouvido "tampado", zumbido, desatenção, irritabilidade, baixo rendimento escolar e desequilíbrio. A perda é **condutiva, leve e flutuante** (o NICE define perda auditiva como limiar > 20 dB). Na criança que **falhou na triagem auditiva neonatal**, a OME pode explicar a falha, mas a perda sensorineural precisa ser excluída quando a efusão resolver (AAO-HNS 2016).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	OME há menos de 3 meses , criança sem fatores de risco , sem queixa auditiva relevante, membrana sem alteração estrutural; otites de repetição que não preenchem a definição de recorrente	Seguimento pelo pediatra: observação ativa, orientação à família e à escola, fatores de risco, vacinas; reexame em cerca de 3 meses
● Moderada	OME ≥ 3 meses ; OME de qualquer duração na criança de risco ; perda auditiva , atraso de fala, problema escolar, de comportamento ou de equilíbrio; OMA recorrente ; bolsa de retração ou suspeita de colesteatoma (otorreia fétida, perfuração marginal); otorreia com tubo que não melhora com gotas	Audiometria adequada à idade e encaminhamento ao otorrinolaringologista; com prioridade na suspeita de colesteatoma, na perda auditiva bilateral e na criança de risco com atraso de fala
● Grave	Mastoidite (edema, hiperemia ou dor retroauricular, pavilhão projetado para fora); paralisia facial ; cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, convulsão, vertigem com nistagmo; toxemia; otorreia com tubo e celulite do pavilhão	Pronto-socorro/hospital : antibiótico parenteral, imagem e otorrinolaringologia

Fatores de risco (SBP, DC nº 160/2024, Tabela 1, baseada na AAO-HNS; AEP 2023):

- **Risco para fala, linguagem e aprendizagem**: perda auditiva permanente; atraso de fala e linguagem; **transtorno do espectro autista**; **síndrome de Down** e outras síndromes ou anomalias craniofaciais; deficiência visual não corrigível; **fenda palatina**; atraso do desenvolvimento; deficiência intelectual, transtorno de aprendizagem ou TDAH.
- **Predisposição à recorrência**: imunodeficiência, discinesia ciliar primária, malformações craniofaciais.
- **Ambientais**: **creche** (turmas grandes), irmãos pequenos, **chupeta** (sobretudo após 6 meses), **tabagismo passivo**, ausência de aleitamento, vacinas pneumocócica e influenza incompletas.
- **Associações**: rinite alérgica, hipertrofia de adenoide, ronco e respiração oral (NICE NG233).

3. Diagnóstico no consultório

O que é clínico: a **otoscopia pneumática** documenta a efusão (AAO-HNS 2016, recomendação forte): membrana **opaca, amarelada ou azulada, retraída**, com **nível líquido ou bolhas** e **mobilidade reduzida**. Na OME **não há abaulamento** — membrana opaca sem

abaulamento não é OMA e não recebe antibiótico. Examine a membrana em toda criança com otalgia, queixa auditiva ou atraso de fala.

Exames:

- **Timpanometria (imitanciometria):** quando a otoscopia pneumática não é possível ou o diagnóstico é incerto; **curva B (plana)** confirma a efusão.
- **Avaliação auditiva adequada à idade** se a OME persiste **≥ 3 meses**, em **qualquer duração na criança de risco** e antes da indicação de tubo (AAO-HNS 2016 e 2022):
 - lactente ou criança que não colabora: **PEATE (BERA)** — as emissões otoacústicas ficam alteradas na efusão (SBP, DC nº 160/2024);
 - pré-escolar: audiometria comportamental ou lúdica; a partir de cerca de 4 anos, audiometria tonal e vocal.
- **Criança de risco:** procurar OME no diagnóstico da condição e por volta dos 12–18 meses (AAO-HNS 2016). Na **síndrome de Down**, avaliação auditiva **a cada 6 meses até 3–4 anos e depois anual** (SBP, DC nº 160/2024).
- **Não rastrear** OME na criança sem risco e sem sintomas (AAO-HNS 2016).

Diferencial que não pode passar: perda **sensorineural ou mista** coexistente (triagem neonatal normal não exclui perda progressiva — CMV, meningite, ototóxicos); **colesteatoma**; efusão **unilateral persistente** sem resfriados (o otorrinolaringologista avalia a rinofaringe); **fenda palatina submucosa** (úvula bífida, voz anasalada); **discinesia ciliar primária** (rinorreia perene desde o período neonatal, tosse úmida diária).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- **OME sem risco: observação ativa por 3 meses** desde o início (ou do diagnóstico, se o início é desconhecido) (AAO-HNS 2016, recomendação forte). Explicar a história natural e orientar: falar perto e de frente, reduzir ruído de fundo, sentar na frente da sala e avisar a escola (NICE NG233).
- **Reexaminar membrana e audição** ao fim dos 3 meses; a OME crônica não operada é reavaliada **a cada 3–6 meses** até resolver, surgir perda auditiva significativa ou alteração estrutural (AAO-HNS 2016 e 2022).
- **Criança de risco:** encaminhar sem esperar os 3 meses.
- **Cada episódio de OMA** é tratado como em "Otite média aguda (e otite externa)".

O que é do otorrinolaringologista: tubo, adenoidectomia, aparelho auditivo, limpeza de condutos estreitos, seguimento até a extrusão do tubo e colesteatoma.

Indicações de tubo de ventilação (AAO-HNS 2022; decisão compartilhada com a família):

- **Não colocar em episódio único de OME com menos de 3 meses.**
- **Oferecer tubos bilaterais na OME bilateral ≥ 3 meses com dificuldade auditiva documentada.**
- **Pode ser colocado** na OME ≥ 3 meses com sintomas atribuíveis (equilíbrio, rendimento escolar, comportamento, desconforto, qualidade de vida) e na **criança de risco** com OME que tende a persistir (curva B ou efusão ≥ 3 meses).
- **OMA recorrente: oferecer tubos bilaterais se houver efusão** na avaliação; **não colocar** se as orelhas estiverem **sem efusão**.
- **Adenoidectomia associada** se houver sintomas da adenoide ou a partir de **4 anos**; o NICE a considera junto com o tubo, salvo alteração do palato.
- **Síndrome de Down:** a efusão costuma persistir e muitas crianças precisam de dois ou mais tubos; o aparelho auditivo é alternativa (SBP, DC nº 160/2024).

Criança com tubo: seguimento periódico com o cirurgião até a extrusão (AAO-HNS 2022). A AAO-HNS **não recomenda** proteção rotineira contra água; o NICE orienta ouvido seco nas 2 semanas após a cirurgia e durante a otorreia.

Otorreia com tubo: em geral é uma OMA drenando pelo tubo. Na **otorreia não complicada, só gotas de antibiótico tópico, sem antibiótico oral** (AAO-HNS 2022, recomendação forte; AEP 2023). Limpar a secreção, pingar e pressionar o trago algumas vezes. Antibiótico oral fica para celulite, sinais sistêmicos, imunodepressão ou falha das gotas.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ciprofloxacino 0,3% solução otológica	3–4 gotas na orelha afetada	2–3 vezes ao dia	Até 5–10 dias (bula); NICE NG233: 5–7 dias	Bula (Ciloxan® otológico): indicado na otite média com membrana perfurada e "condutos timpânicos supurativos"; segurança < 1 ano não estabelecida. Quinolona não ototóxica, escolha na otorreia com tubo (AAO-HNS 2022; AEP 2023)
Amoxicilina (episódio de OMA que exija via oral)	90 mg/kg/dia (máx. 3 g/dia)	12/12 h	Conforme "Otite média aguda (e otite externa)"	Padrão do site; sem resposta em 48–72 h, associar clavulanato mantendo a dose alta (AAP 2013)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	SBP; nunca > 4 g/dia; reavaliar se uso > 48–72 h
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)

Atenção às gotas: evitar associações com **aminoglicosídeo** (neomicina, gentamicina) com tubo ou perfuração (ototoxicidade). Há apresentação de ciprofloxacino com hidrocortisona **contraindicada em bula na perfuração timpânica e na otite média** (Otocirax®) — confira a bula antes de prescrever na criança com tubo.

O que não usar na OME: antibiótico sistêmico; corticoide oral ou nasal; anti-histamínico, descongestionante, antileucotrieno, mucolítico, antirrefluxo (AAO-HNS 2016; NICE NG233); homeopatia, osteopatia, acupuntura, probióticos (NICE NG233). O NICE admite a **autoinsuflação** (balão nasal) na criança que colabora.

Profilaxia antibiótica na OMA recorrente: não recomendada. A SBP afirma que não se indica mais antibioticoprofilaxia (2023), como a AAP 2013; a proteção some ao suspender e seleciona pneumococo resistente. A AEP (2023) ainda a admite em casos muito selecionados; **o site adota a posição da SBP.**

Prevenção:

- **Pneumocócica conjugada** em dia (SBP 2026/2027: VPC20 ou VPC15 em 3+1; PNI: VPC20 em 2+1) — reduz a OMA recorrente e as cirurgias para tubo (SBP, 2023).
- **Influenza anual** a partir de 6 meses (SBP; AAP 2013; AEP 2023).
- **Aleitamento materno** (AAP 2013; AEP 2023); **casa sem fumaça**, inclusive cigarro eletrônico (SBP; NICE NG233).
- **Chupeta só para dormir**; creche com turmas menores quando possível (SBP, 2023).
- Probióticos, xilitol ou vitamina D não têm evidência (AEP 2023).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

A OME em si não leva ao pronto-socorro. Encaminhar com urgência se houver **complicação de otite**, com ou sem tubo: **mastoidite** (edema, hiperemia ou flutuação retroauricular, pavilhão projetado para fora); **paralisia facial**; cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração da consciência, convulsão ou ataxia; vertigem intensa com nistagmo; otorreia com **celulite do pavilhão ou da face**, toxemia, desidratação ou incapacidade de usar a via oral; lactente < 3 meses febril.

Como encaminhar:

- Analgesia e antitérmico antes da saída (doses da tabela).
- Suspeita de mastoidite com demora no transporte: considerar a **primeira dose de antibiótico** (AIDPI), de preferência após contato com o serviço.
- Rebaixamento de consciência ou convulsão: posição lateral de segurança, oxigênio para **SpO2 entre 94% e 98%, SAMU 192.**

- Contatar o destino (idealmente com otorrinolaringologia) e enviar relatório com otoscopia, tubo, antibióticos e gotas em uso.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O líquido atrás do tímpano não é infecção e quase sempre some sozinho. Antibiótico e xarope não ajudam."
- "A audição pode ficar mais baixa e variar: fale perto, de frente, sem barulho de fundo, e avise a escola."
- "Volte na data combinada; se a criança parecer ouvir menos, atrasar a fala ou ficar desequilibrada, volte antes."
- "Com tubo, secreção no ouvido costuma ser tratada só com as gotas receitadas; não use gotas por conta própria nem cotonete. Se não melhorar, tiver mau cheiro ou o tubo sair, procure o médico."
- **Pronto-socorro se:** inchaço, vermelhidão ou dor atrás da orelha; orelha "descolada"; boca torta; dor de cabeça forte, vômitos, pescoço duro, sonolência ou convulsão; tontura forte; vermelhidão espalhando pela orelha ou rosto.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Secretora = efusão > 3 me- ses (DC 160/2024)	Sem posição específica localizada	Recorrente 3/6 ou 4/12 meses (2013)	Perda auditiva > 20 dB (NG233, 2023)	Recorrente 3/6 ou 4/12; crôni- ca > 3 meses (2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Diagnóstico e audição	Down: audição semestral até 3–4 anos	Sem posição específica localizada	Pneumática; timpanometria; audiometria ≥ 3 meses ou risco (AAO- HNS)	Timpanometria e audiometria; reavaliar em 3 meses	Otosopia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento da OME	Avaliar logo a criança de risco	Sem posição específica localizada	Observar 3 meses; sem medicamentos	Sem medica- mentos; au- toinsuflação; aparelho auditivo	Tubo na crôni- ca com hipoa- cusia ou sintomas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tubo	Frequente e repetido no Down	Sem posição específica localizada	OMA recorre- nte só com efu- são (AAO-HNS 2022)	Na OME com perda auditiva	OME crônica; recorrente individualizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Profilaxia antibiótica	Não indicada (2023)	Sem posição específica localizada	Não prescre- ver (2013)	Sem antibióti- co na OME	Admitida em casos muito selecionados	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Otorreia com tubo	Sem posição específica localizada	AIDPI: mecha; ≥ 14 dias, referir	Só gotas tópi- cas (AAO-HNS 2022)	Gotas não oto- tóxicas 5–7 dias	Quinolona tópica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Prevenção	Pneumocóci- ca, sem fumo, chupeta só ao dormir	PNI: VPC20 2+1, influenza	Pneumocóci- ca, influenza, aleitamento	Evitar fumaça de tabaco	Aleitamento, vacinas, sem chupeta > 6 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: SBP, AAP (com as diretrizes da AAO-HNS de 2016 e 2022, das quais a AAP participa), NICE (NG233, 2023) e AEP (2023) convergem: a OME tem história natural favorável, é observada por 3 meses na criança sem risco, não se trata com medicamentos e exige avaliação auditiva quando persiste ou na criança de risco; a tabela de risco da SBP (2024) é a da AAO-HNS. Divergências: (1) **profilaxia antibiótica** — SBP e AAP não a recomendam, a AEP ainda a admite em casos muito selecionados; (2) **terminologia** — a SBP chama de secretora a efusão de mais de 3 meses, as demais chamam de OME qualquer efusão sem sinais agudos; (3) **critério do tubo** — a AAO-HNS exige efusão presente na OMA recorrente e dificuldade auditiva documentada, o NICE considera o tubo na perda auditiva e oferece aparelho auditivo e autoinsuflação; (4) **água** — a AAO-HNS desaconselha a proteção rotineira, o NICE orienta ouvido seco após a cirurgia e na otorreia. O Ministério da Saúde não tem protocolo sobre OME ou tubos (a AIDPI trata só da otorreia); Johns Hopkins e Harvard não têm posição institucional localizada; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **O site adota a posição da SBP** (sem profilaxia, vacinação, avaliação auditiva seriada na criança de risco) e, onde SBP e Ministério da Saúde não se posicionam (indicação do tubo e otorreia com tubo), segue a **AAO-HNS 2022**, diretriz multidisciplinar com a AAP e fonte da tabela usada pela SBP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Membrana opaca sem abaulamento, sem dor e sem febre é OME, não OMA: sem antibiótico, corticoide, anti-histamínico ou descongestionante.
2. Sem fator de risco, observe 3 meses, oriente família e escola e reexamine; persistindo, audiometria adequada à idade e otorrinolaringologista.
3. Down, fenda palatina, autismo, atraso de fala e perda auditiva permanente: avaliação auditiva e encaminhamento em qualquer duração da efusão.
4. OMA recorrente = 3 em 6 meses ou 4 em 12 (1 nos últimos 6); tubo se houver efusão na avaliação. Sem profilaxia antibiótica (SBP).
5. Otorreia com tubo não complicada: só gotas de quinolona, sem antibiótico oral; confira se a bula permite uso com membrana perfurada.
6. Pneumocócica e influenza em dia, casa sem fumaça e chupeta só para dormir valem para todos.

Veja também, nesta Biblioteca: **Otite média aguda (e otite externa)** e **Atraso de fala e do desenvolvimento** (Patologias do consultório); **Rinite alérgica**; **Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança**; **Bronquiectasias não fibrose cística e discinesia ciliar primária** (Pneumologia); **Vacinação da criança e do adolescente com síndrome de Down** e **Vacinas – Atualizações 2026** (Imunizações); **A criança que vai ser operada** (Cirurgia pediátrica).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Otorrinolaringologia. Síndrome de Down e a Otorrinolaringologia pediátrica (Documento Científico nº 160), 27/06/2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Otite média (Pediatria para Famílias), outubro de 2023. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Manual de quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Lieberthal AS et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics, 2013. [PubMed](#)
- AAO-HNSF, AAP e AAFP. Rosenfeld RM et al. Clinical Practice Guideline — Otitis Media with Effusion (Update), 2016. [PubMed](#)
- AAO-HNSF. Rosenfeld RM et al. Executive Summary of Clinical Practice Guideline on Tympanostomy Tubes in Children (Update), 2022. [PubMed](#)
- NICE. NG233 — Otitis media with effusion in under 12s, 2023. nice.org.uk

- AEP. Cruz Cañete M, López Martín D. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. Protocolo diagnóstico pediátrico, 2023. [PDF](#)
- Alcon. Ciloxan® otológico (ciprofloxacino 0,3%) — bula. [PDF](#)
- Farmoquímica. Otocirix® (ciprofloxacino e hidrocortisona) — bula. bulas.med.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.