

Otite média aguda (e otite externa)

Diagnóstico otoscópico, quem pode ser observado sem antibiótico, doses e duração da amoxicilina, otite externa e sinais de mastoidite

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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 aguda (OMA) é a principal indicação de antibiótico na infância, mas cerca de 80% dos casos melhoram espontaneamente (SBP). O diagnóstico é otoscópico: abaulamento moderado a intenso da membrana timpânica, otorreia nova ou abaulamento leve com otalgia recente ou hiperemia intensa (AAP 2013). Hiperemia isolada não confirma OMA. Dor deve ser sempre tratada com analgésico. Antibiótico imediato é indicado em menores de 6 meses, em menores de 2 anos com OMA bilateral, na otorreia e nos quadros graves (otalgia moderada a intensa, dor ≥ 48 h ou febre ≥ 39 °C). Nos demais casos, observação por 48–72 h com reavaliação garantida é opção segura. A amoxicilina é a primeira escolha: 80–90 mg/kg/dia (AAP, AEP) ou 50 mg/kg/dia (SBP, AIDPI). A duração é de 10 dias abaixo de 2 anos e 5–7 dias nos maiores sem gravidade. A maioria é tratada em casa (●/●). Edema e hiperemia retroauriculares, deslocamento do pavilhão, paralisia facial, cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca ou toxemia exigem pronto-socorro (●). Quando indicado, o antibiótico inicial é a **amoxicilina 90 mg/kg/dia**; sem resposta em 48–72 h, associar clavulanato mantendo a dose alta de amoxicilina.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** inflamação aguda da orelha média com efusão e sinais inflamatórios de início súbito. Diferente da otite média com efusão (secreção sem inflamação aguda, que não se trata com antibiótico).
- **Etiologia:** geralmente complica um resfriado. Bactérias: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* não tipável, *Moraxella catarrhalis*; vírus isolados ou em coinfeção.
- **Faixa etária:** pico entre 6 e 24 meses; frequente até 5 anos.
- **Quadro clínico:** otalgia (no lactente, choro, irritabilidade, levar a mão à orelha, despertar noturno, recusa alimentar), febre, otorreia após perfuração espontânea (costuma aliviar a dor).
- **Otite externa aguda:** infecção da pele do conduto auditivo (*Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*), associada a água e trauma do conduto. Dor intensa à tração do pavilhão ou à pressão do trago, conduto edemaciado, secreção; sem febre alta e com membrana timpânica normal, quando visível.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	≥ 2 anos (ou 6–23 meses com OMA unilateral), otalgia leve, dor < 48 h, febre < 39 °C, sem otorreia, bom estado geral	Analgesia; observação por 48–72 h com reavaliação garantida ou antibiótico imediato, por decisão compartilhada
● Moderada	Otalgia moderada a intensa, dor ≥ 48 h ou febre ≥ 39 °C (critério de "grave" da AAP); OMA bilateral < 2 anos; otorreia; lactente < 6 meses em bom estado; falha após 48–72 h de antibiótico	Antibiótico imediato; reavaliação em 48–72 h; trocar esquema se não houver melhora
● Grave	Edema, hiperemia ou dor retroauricular, pavilhão deslocado para frente e para baixo (mastoidite); paralisia facial; cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração do nível de consciência, crise convulsiva, vertigem intensa; toxemia; lactente < 2–3 meses febril	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital para antibiótico parenteral, imagem e avaliação de otorrinolaringologia

Na terminologia da AAP, "grave" corresponde à faixa ● do semáforo: indica antibiótico imediato, mas em geral com tratamento domiciliar. O ● é reservado às complicações.

Fatores de risco que elevam a gravidade ou a recorrência

- Idade < 6 meses e, em especial, < 3 meses (ver "Como Conduzir uma Criança com Febre", em Urgências e Emergências).
- Creche, irmãos pequenos, uso de chupeta, tabagismo passivo, ausência de aleitamento materno.
- Vacinação incompleta contra pneumococo e influenza.
- Fenda palatina, síndrome de Down, imunodeficiência, implante coclear (risco de meningite).
- Uso de antibiótico nos últimos 30 dias (maior chance de resistência).

3. Diagnóstico no consultório

- **Otosopia é indispensável.** Remover cerúmen se necessário. O sinal isolado de maior valor diagnóstico é o abaulamento da membrana (SBP; AEP cita valor preditivo positivo de 83–99%).
- **Critérios da AAP 2013:** abaulamento moderado a intenso; ou otorreia nova não causada por otite externa; ou abaulamento leve com otalgia de início recente (< 48 h) ou hiperemia intensa. A AEP classifica como OMA confirmada a otalgia aguda com otoscopia positiva ou otorreia, e como provável quando falta um dos elementos.

- **Não é OMA:** hiperemia isolada (choro, febre), membrana opaca sem abaulamento ou efusão sem sinais agudos (otite média com efusão).
- **Otoscopia pneumática**, quando disponível, avalia a mobilidade da membrana.
- **Exames complementares:** desnecessários na OMA não complicada. Cultura de secreção em falha terapêutica ou otorreia persistente. Tomografia de ossos temporais apenas no hospital, na suspeita de complicação (AEP).
- **Lactente < 2–3 meses febril com OMA:** avaliar como febre em lactente jovem.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Otite externa (dor à tração do pavilhão, conduto edemaciado).
- Mastoidite (edema retroauricular, deslocamento do pavilhão).
- Corpo estranho no conduto, furúnculo, herpes-zóster ótico.
- Otolgia referida: dentes, faringe, articulação temporomandibular, adenite cervical.
- Colesteatoma (otorreia crônica fétida, retração ou perfuração marginal).

4. Tratamento em casa

Analgesia sempre, com ou sem antibiótico (AAP, NICE, AEP).

Observação sem antibiótico (AAP 2013) é opção para 6–23 meses com OMA unilateral não grave e para ≥ 2 anos com OMA não grave, uni ou bilateral, desde que haja decisão compartilhada com a família e reavaliação garantida em 48–72 h (retorno ou prescrição adiada). Se piorar ou não melhorar, iniciar antibiótico.

Antibiótico imediato: < 6 meses (SBP, AEP); 6–23 meses com OMA bilateral; qualquer idade com otorreia ou quadro grave.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina (1ª escolha)	90 mg/kg/dia (dose alta; máx. 3 g/dia)	12/12 h (AAP) ou 8/8 h a 12/12 h (AEP)	< 2 anos ou grave: 10 dias; 2–5 anos não grave: 7 dias; ≥ 6 anos não grave: 5–7 dias (AAP)	NICE usa doses fixas por idade por 5–7 dias
Amoxicilina-clavulanato	90 mg/kg/dia de amoxicilina + 6,4 mg/kg/dia de clavulanato (formulação 14:1)	12/12 h	Mesma da amoxicilina	Se não houver resposta em 48–72 h com amoxicilina; também se amoxicilina nos últimos 30 dias ou conjuntivite purulenta associada
Cefuroxima, cefpodoxima ou cefdinir	Cefuroxima 30 mg/kg/dia; cefpodoxima 10 mg/kg/dia; cefdinir 14 mg/kg/dia (AAP)	12/12 h (cefдинир 1–2x/dia)	Mesma da amoxicilina	Alergia à penicilina não anafilática (AAP)
Ceftriaxona IM/IV	50 mg/kg/dia (máx. 1 g)	1x/dia	1 dia, ou 3 dias se falha	Vômitos, intolerância oral ou falha (AAP)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; AEP admite doses maiores para dor intensa

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Dose de amoxicilina — conduta adotada: 90 mg/kg/dia.** O pneumococo (*Streptococcus pneumoniae*) é o principal agente da OMA e parte das cepas tem **sensibilidade reduzida à penicilina** por alteração das proteínas ligadoras de penicilina (PBP) — mecanismo que **não depende de betalactamase** e é vencido pela concentração alta de amoxicilina no ouvido médio. Por isso a dose de 40–50 mg/kg/dia (usada no texto da SBP para famílias e na AIDPI) pode ser insuficiente. **Atenção à armadilha:** o clavulanato não resolve essa resistência — **amoxicilina-clavulanato na dose de 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina pode levar à falha terapêutica** contra o pneumococo resistente, embora cubra *Haemophilus* e *Moraxella* produtores de betalactamase. **Estratégia recomendada:** iniciar com **amoxicilina 90 mg/kg/dia** e, **se não houver resposta em 48–72 h**, associar o clavulanato mantendo a

dose alta de amoxicilina (amoxicilina-clavulanato 90 mg/kg/dia de amoxicilina + 6,4 mg/kg/dia de clavulanato), como recomenda a AAP.

- **Falha terapêutica:** persistência ou piora após 48–72 h de antibiótico exige reexame e troca para amoxicilina-clavulanato ou ceftriaxona (AAP).
- **Gotas otológicas analgésicas** (fenazona com lidocaína): o NICE admite quando não se usa antibiótico imediato e a membrana está íntegra; não usar se houver otorreia.
- **Não usar:** anti-histamínicos, descongestionantes e corticoide sistêmico (sem benefício); gotas otológicas com antibiótico na OMA com membrana íntegra.
- **Prevenção:** vacina pneumocócica e influenza, aleitamento materno, evitar tabagismo passivo e reduzir chupeta. A SBP não recomenda antibiótico profilático na OMA recorrente.

Otite externa aguda

- Tratamento tópico é a primeira escolha (AEP): gotas de ciprofloxacino (com ou sem corticoide) ou outros antimicrobianos tópicos, por cerca de 7 dias, com melhora esperada em 48–72 h.
- Analgesia oral; manter o conduto seco; não introduzir hastes flexíveis.
- Antibiótico oral só se houver celulite do pavilhão ou da face, imunodepressão ou extensão além do conduto.
- Se a membrana não é visualizada ou pode estar perfurada, preferir quinolona tópica (não ototóxica) e evitar aminoglicosídeos tópicos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Suspeita de mastoidite: edema, hiperemia ou flutuação retroauricular, dor à palpação da mastoide, pavilhão deslocado.
- Paralisia facial periférica associada à otite.
- Sinais de complicação intracraniana: cefaleia intensa, vômitos, rigidez de nuca, alteração de consciência, convulsão, papiledema, ataxia (meningite, abscesso, trombose de seio sigmoide).
- Vertigem intensa ou nistagmo (labirintite).
- Toxemia, desidratação ou incapacidade de tomar o antibiótico oral.
- Lactente < 3 meses com febre (conduzir conforme "Como Conduzir uma Criança com Febre", em Urgências e Emergências).
- Falha de dois esquemas orais.

O NICE NG91 recomenda encaminhamento ao hospital na suspeita de mastoidite, meningite, abscesso intracraniano, trombose de seio venoso ou paralisia facial. A AEP orienta internação, amoxicilina-clavulanato intravenosa e tomografia se houver complicação ou má resposta em

48–72 h na mastoidite. A AIDPI orienta primeira dose de antibiótico e referência urgente na mastoidite.

Como encaminhar

1. Analgesia e antitérmico antes da saída.
2. Se houver demora no transporte e suspeita de mastoidite ou complicação, considerar primeira dose de antibiótico (AIDPI), de preferência após contato com o serviço.
3. Oxigênio e posição lateral de segurança se houver rebaixamento de consciência ou convulsão.
4. Contatar o serviço de destino, idealmente com otorrinolaringologia; acionar o SAMU (192) se houver sinais neurológicos.
5. Relatório com início dos sintomas, achados de otoscopia, antibióticos e doses.

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

- "A dor de ouvido melhora com analgésico nas primeiras 24 a 48 horas; a maior parte das otites melhora mesmo sem antibiótico."
- Na observação: "Se a criança não melhorar em 48 a 72 horas, ou piorar, volte (ou inicie o antibiótico prescrito, conforme combinado)."
- Com antibiótico: "Se continuar com febre ou dor depois de 2 a 3 dias do antibiótico, retorne."
- "Secreção pelo ouvido pode ocorrer quando o tímpano se rompe; geralmente fecha sozinho. Não coloque nada no ouvido."
- Reavaliar a audição e a membrana em 2–3 meses se houver efusão persistente, atraso de fala ou episódios de repetição.
- Ir ao pronto-socorro se: inchaço, vermelhidão ou dor atrás da orelha; orelha "descolada" para frente; boca torta ou olho que não fecha; dor de cabeça forte, vômitos, pescoço duro, sonolência excessiva ou convulsão; tontura intensa.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Otosopia; abaulamento é o sinal de maior valor (SBP); AIDPI usa otorreia < 14 dias ou otosopia alterada	Abaulamento moderado a intenso, otorreia nova, ou abaulamento leve com dor < 48 h ou hiperemia intensa	Clínico com otosopia	Segue o NICE	Otalgia aguda com otosopia positiva ou otorreia
Antibiótico imediato	< 6 meses, bilateral < 2 anos, dor intensa com febre > 39 °C, otorreia (SBP)	Grave ou otorreia ≥ 6 meses; bilateral 6–23 meses	< 2 anos bilateral, otorreia, sistemicamente muito doente	Segue o NICE	Grave ou bilateral < 2 anos, otorreia, < 6 meses, piora após 3 dias
Observação	Estratégia de espera vigilante (SBP)	6–23 meses unilateral não grave; ≥ 2 anos não grave; reavaliar em 48–72 h	Sem antibiótico ou prescrição adiada na maioria	Segue o NICE	> 24 meses sem fatores de risco
Amoxicilina	40–50 mg/kg/dia (SBP); 50 mg/kg/dia (AIDPI)	80–90 mg/kg/dia	Dose fixa por idade, 3x/dia	Segue o NICE	80–90 mg/kg/dia (máx. 3 g)
Duração	7–10 dias conforme gravidade (SBP); AIDPI 8 dias	10 dias < 2 anos ou grave; 7 dias 2–5 anos; 5–7 dias ≥ 6 anos	5–7 dias	Segue o NICE	10 dias < 2 anos; 5–7 dias ≥ 2 anos
Encaminhamento	Mastoidite: 1ª dose de antibiótico e referência urgente (AIDPI)	Complicações	Mastoidite, meningite, abscesso, trombose, paralisia facial	Segue o NICE	Mastoidite: internação, antibiótico IV, tomografia se complicação

Leitura: há convergência sobre o diagnóstico otoscópico (abaulamento), a analgesia obrigatória, a observação como opção nos casos leves de crianças maiores e a amoxicilina como primeira escolha. As divergências estão na dose (80–90 mg/kg/dia na AAP e AEP; 40–50

mg/kg/dia na SBP e AIDPI; doses fixas por idade no NICE) e na duração (5–7 dias no NICE para todos; 10 dias abaixo de 2 anos na AAP e AEP). O NICE é o mais restritivo, recomendando sem antibiótico ou prescrição adiada na maioria das crianças. Todas indicam antibiótico imediato na otorreia e nos quadros bilaterais em menores de 2 anos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Sem otoscopia não há diagnóstico de OMA; hiperemia isolada não basta.
2. Analgesia em todas as crianças, antes de decidir sobre antibiótico.
3. Observação só com reavaliação garantida em 48–72 h; menores de 6 meses sempre recebem antibiótico.
4. Amoxicilina **90 mg/kg/dia** como primeira escolha; sem resposta em 48–72 h, associar clavulanato mantendo a dose alta de amoxicilina (nunca amoxicilina-clavulanato com 40–50 mg/kg/dia de amoxicilina); 10 dias abaixo de 2 anos.
5. Examinar a região retroauricular em toda otite; mastoidite e paralisia facial são urgência.
6. Otite externa se trata com gotas tópicas, não com antibiótico oral.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Otite média (Pediatria para Famílias), 2023, atualizado em 2025. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia. Manejo da febre aguda, 2021. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Manual de quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media, 2013 (resumo AAFP). aafp.org
- NICE. NG91 — Otitis media (acute): antimicrobial prescribing, 2018, emendado em 2022. nice.org.uk
- AEP. Protocolos de Infectología — Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis (Cruz Cañete, López Martín), 2023. [PDF](#)

Pediatra e Neonatologista · 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.