

capítulo 3

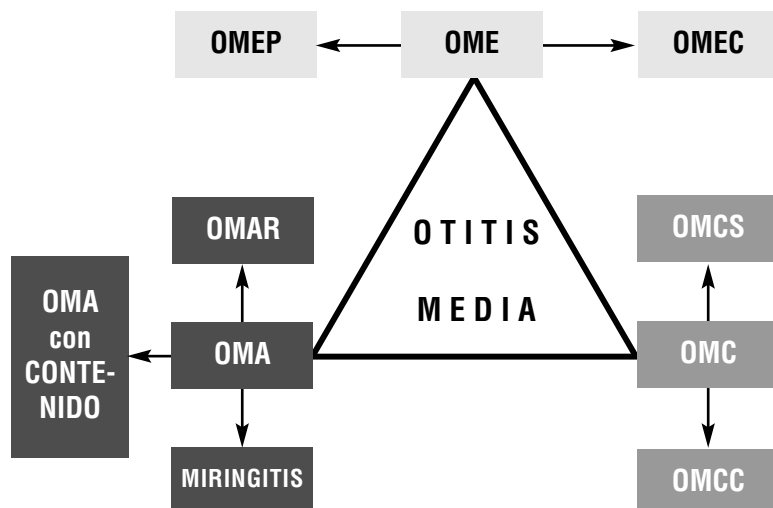
Otitis media

"Qué hay de nuevo, viejo?..." Bugs Bunny

Introducción

Bajo el término otitis media se engloban una serie de patologías que constituyen distintos estadios evolutivos de un fenómeno común. (Ver Esquema 1)

Estados evolutivos de otitis media



SIGLAS

- [OM]: Otitis media
- [OMA]: Otitis media aguda
 - Miringitis
 - [OMA con contenido]: Otitis media aguda con contenido
 - [OMAR]: Otitis media aguda recurrente
- [OME]: Otitis media con exudado
 - [OME]: Otitis media con exudado persistente
 - [OME]: Otitis media con exudado crónico
- [OMC]: Otitis media crónica
 - [OMCS]: Otitis media crónica simple
 - [OMCC]: Otitis media crónica colestomatosa



Dr. Hugo Norberto Martín

- Clínico Pediatra. Médico Asistente del Hospital Garrahan.
- Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Garrahan.
- Otorrinolaringólogo Validado - Children's Hospital of Pittsburgh.

Otitis media es la enfermedad bacteriana más frecuente en pediatría y una de las más comúnmente tratadas con antibióticos. Es fundamental para el pediatra poder reconocer las distintas categorías clínicas que conforman este fenómeno, los factores predisponentes y los hallazgos semiológicos en la otoscopia.

El análisis de la patogénesis, así como los datos que surgen de la observación de la evolución natural de la enfermedad, nos ayudarán a ponderar las estrategias terapéuticas más adecuadas.

.....
Debemos tener en mente que el uso inapropiado de antibióticos es un factor determinante en el incremento de

la resistencia bacteriana a drogas de primera elección.

Debemos a su vez tener en cuenta el impacto sobre la población y los sistemas de salud, dado que se trata de una afección universal con una alta prevalencia en la infancia.

Finalmente, debemos reconocer que a durante la última década se han realizado importantes avances en la comprensión de este grupo de entidades patológicas. Los resultados obtenidos a través de la medicina basada en la evidencia (meta-análisis) nos dan los elementos necesarios para enfocar apropiadamente el abordaje terapéutico de una patología donde el principio de "primero no dañar" debe regir cada uno de nuestros pasos.

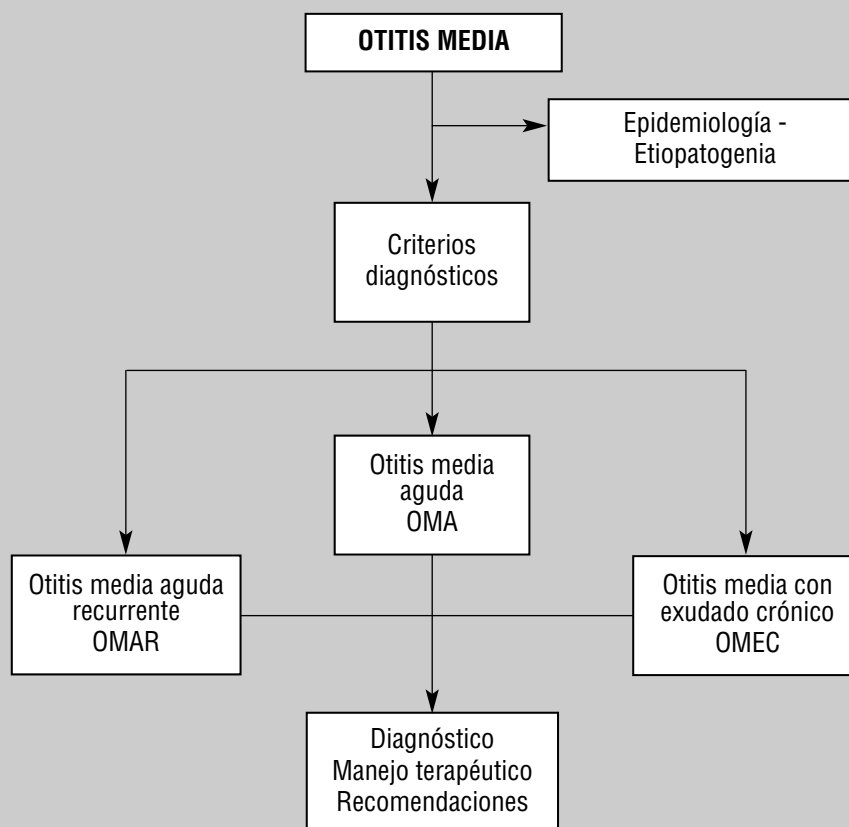
Objetivos



Esperamos que al finalizar el trabajo con este capítulo Ud. sea capaz de:

- ▮ Describir las diferentes categorías clínicas de la otitis media.
- ▮ Valorar los diferentes criterios diagnósticos clínico-otoscópicos.
- ▮ Diagnosticar otitis media aguda (OMA), otitis media aguda recurrente (OMAR) y otitis media con exudado crónico (OMEC).
- ▮ Realizar acciones médicas en función del momento evolutivo de la patología.
- ▮ Adoptar un uso racional de antibióticos para cada paciente, con el propósito de disminuir la resistencia bacteriana a drogas de primera elección.

Esquema de Contenidos



Reflexiones iniciales

Antes de comenzar a leer el capítulo, le pedimos que revise las HC de sus pacientes.

Identifique aquellos que han consultado por otitis en el último año

¿Cuántos son en total?

¿En cuántas HC ha escrito OMA?

¿En cuántas HC ha escrito OMAR?

¿En cuántas HC ha escrito OMEC?

¿Describe en la HC o ficha del paciente los hallazgos del examen otoscópicos?

.....

¿Puede observar o ha registrado en la HC de estos pacientes, algún factor de riesgo importante para padecer otitis media aguda, otitis media aguda recurrente y/o otitis media con exudado?

¿Cuál/es?

.....

.....

.....

.....

En relación al diagnóstico de esta patología: ¿Tiene otoscopio neumático?

¿Lo utiliza?

Generalmente, ¿se siente con certezas o dudas al momento del diagnóstico en estos pacientes?

¿Encuentra dificultades en la realización del diagnóstico de otitis? Si respondió que sí, ¿cuáles son esas dificultades?

.....

.....

Vuelva a mirar las HC con diagnóstico de otitis, ¿en qué porcentaje de pacientes ha indicado antibióticos?

¿Cómo ha resultado la indicación para el paciente?

¿En qué porcentaje de los casos ha indicado analgésicos?

¿Ha indicado antihistamínicos o algún descongestivo?

¿Cuál es el seguimiento que ha realizado de estos pacientes?

.....

.....

.....

Este ejercicio no tiene clave de respuesta, su propósito es motivarlo para la lectura a partir del análisis y reflexión de sus propias prácticas con sus pacientes.

Etiotopatogenia

El oído medio forma parte del sistema de cavidades neumáticas del cráneo (*ver Esquema 2* en Separata con imágenes: Cavidades neumáticas del cráneo), y como tal, se halla tapizado por una mucosa a través de la cual transcurre una rica red de capilares que interviene en el intercambio de gases del oído medio.

La transmisión de la energía acústica a través del oído medio requiere que éste mantenga una presión similar a la atmosférica. La **trompa de Eustaquio** mediante su apertura activa permite que en el oído medio se alcancen las mismas presiones que hay en la orofaringe. Las otras dos funciones de la trompa de Eustaquio son la depuración de secreciones del oído medio y la acción de barrera al flujo retrógrado de secreciones desde la orofaringe.

Cualquier fenómeno que altere el normal funcionamiento de la trompa de Eustaquio e impida su apertura, determina que la presión en oído medio siga descendiendo, produciendo dos fenómenos

concomitantes: la retracción de la membrana timpánica y la acumulación de líquido en el oído medio.

En el transcurso de un cuadro catarral de vía aérea superior se produce la colonización de la orofaringe con agentes patógenos y se altera el funcionamiento de la trompa de Eustaquio. Durante la succión (lactante) o bien por un estornudo (maniobra de Valsalva) el contenido contaminado de la orofaringe refluye hacia el oído medio dándose las condiciones para el sobredesarrollo de agentes patógenos y la consecuente inflamación de la mucosa. Este fenómeno es más frecuente en los niños, dado que su trompa de Eustaquio es más corta, más horizontal y menos angulada que en el adulto (*ver Esquema 3*).

Con un promedio de 8 a 10 catarros de vía aérea superior por año en los primeros 6 años de vida, el niño se encuentra en condiciones desfavorables para que se den los eventos patogénicos relacionados.

Criterios diagnósticos

Otoscopia estática y dinámica

En encuestas realizadas a pediatras, ellos reconocen la incertidumbre en el diagnóstico en aproximadamente un 30% de los casos. Algunos estudios han demostrado que los pediatras diagnostican otitis media aguda de manera apropiada en un 50% de casos, mientras que los otorrinolaringólogos lo hacen en un 75% de casos.

El principal problema es que los pediatras tienen tendencia a categorizar como

otitis media aguda al 27% de las otitis medias con exudado. Esto determina un sobrediagnóstico de otitis media aguda, con el consecuente uso de tratamientos no apropiados de antibióticos, los cuales facilitan la selección de flora y el incremento de la resistencia bacteriana.

El examen otoscópico de la membrana timpánica es el principal medio para determinar la condición del oído medio y su estado. La otoscopia requiere un entrenamiento apropiado que ha sido

generalmente subestimado en los programas de formación profesional. En el Hospital Garrahan hemos desarrollado un programa de entrenamiento en otoscopia estática y dinámica que resulta sumamente útil para los profesionales intervinientes.

.....

La otoscopia es una habilidad esencial que debe ser practicada por el pediatra en cada contacto con el paciente, independientemente del motivo de consulta, ya que forma parte de las acciones a realizar en el control en salud.

El registro apropiado de los hallazgos otoscópicos de la fase estática y dinámica le permitirá al profesional realizar una categorización apropiada del paciente, elemento fundamental para el seguimiento.

En la denominada **fase estática** del examen otoscópico, el pediatra debe reconocer los reparos anatómicos normales sobre la membrana timpánica, así como definir el color, posición y translucencia de la misma, visualizando la membrana en toda su extensión (*ver Esquema 4: Visión parcial de los diferentes segmentos de la membrana timpánica obtenida durante el examen otoscópico mono-ocular*).

El *Esquema 5* muestra una membrana timpánica normal (superior) y otra patológica (inferior), donde se observan todos los reparos anatómicos exagerados por un proceso de retracción de la misma.

La membrana timpánica en condiciones de normalidad es de un color gris-rosoado, transluciente, se encuentra en posición neutra (ni abombada ni retraída), presenta los resaltos anatómicos constituidos por el mango del martillo

(manubrio) y la cabeza del martillo (proceso corto), así como el triángulo luminoso en el cuadrante antero-inferior.

Las alteraciones en dicha membrana, tales como opacidad, enrojecimiento, abombamiento y pérdida de los reparos anatómicos, nos hacen sospechar de la presencia de patología, la cual se confirmará con la otoscopia neumática.

El reparo anatómico más fácilmente reconocido por los pediatras es el triángulo luminoso; su presencia o ausencia **no es un dato relevante para el diagnóstico de patología en el oído medio**. El triángulo luminoso es de utilidad para ubicarse topográficamente sobre la membrana timpánica y poder reconocer la cadena de reparos anatómicos.

La incorporación de la **fase dinámica** (otoscopia neumática) es un elemento invaluable para el médico en el primer contacto y le permite acceder a los datos necesarios para poder tomar conductas apropiadas con su paciente (*ver Esquema 6*).

En la fase dinámica se evalúa la movilidad de la membrana timpánica para determinar la presencia o no de contenido y, en éste último caso, inferir el nivel de presiones en el oído medio.

La fase dinámica de la otoscopia está basada en la aplicación de presión negativa y positiva a través del conducto auditivo externo, sellado por el espéculo; la visualización del tipo de movimiento de la membrana timpánica nos dará los elementos necesarios para la aproximación diagnóstica.

.....

La disminución de la movilidad tanto al ejercer presión positiva como negati-

va son indicativos de la presencia de contenido en el oído medio. El pediatra debe utilizar la otoscopía neumática para monitorizar la evolución del contenido en oído medio luego de la resolución de una otitis media aguda.

Cómo métodos diagnósticos alternativos del estado del oído medio (presión y contenido), contamos con la timpanometría, la cual se realiza con un instrumento que consta de una sonda que va impactada en el conducto auditivo externo sellando el mismo; a través de la sonda se producen cambios de presión en el conducto auditivo externo, los cuales se trasladan a la membrana timpánica, mientras se modifican las presiones en forma decreciente o creciente el instrumento a través de la sonda dirige un sonido o tono fijo sobre la membrana timpánica y registra el flujo de la energía sonora dentro del oído medio. Esto da como resultado el registro que se conoce como timpanograma, el cual, dependiendo de la condición del oído medio será "normal", "plano" o "desviado a la izquierda".

En el *Esquema 7* podemos ver una membrana timpánica normal con el esquema de la otoscopía neumática que muestra una movilidad apropiada de la membrana timpánica y el timpanograma con una curva que confirma el hallazgo otoscópico.

En el *Esquema 8* podemos ver una membrana timpánica que presenta contenido en la caja del oído medio, con el esquema de la otoscopía neumática que muestra una disminución o ausencia de movilidad y el timpanograma con una curva "plana" que confirma el hallazgo otoscópico.

En el *Esquema 9* podemos ver una membrana timpánica que presenta

retracción marcada, con el esquema de la otoscopía neumática que muestra una disminución o ausencia de movilidad y el timpanograma con una curva "desplazada a la izquierda" que confirma el hallazgo otoscópico.

En el *Esquema 10* podemos ver una membrana timpánica que presenta una perforación, con el esquema de la otoscopía neumática que muestra imposibilidad de obtener un sellado apropiado y el timpanograma con ausencia de curva que confirma el hallazgo otoscópico.

El timpanograma no reemplaza la evaluación otoscópica realizada por un operador entrenado, y es un método complementario de evaluación cuyos resultados deben cotejarse con los datos obtenidos por el pediatra.

Criterios diagnósticos clínico-otoscópicos

Criterios diagnósticos de EFUSIÓN¹

Se definirá por la presencia de:

- Nivel aire-líquido o burbujas detrás de la membrana timpánica (*ver Esquema 11*).
- O al menos dos de los siguientes hallazgos a la otoscopía.
 - Disminución o ausencia de movilidad de la membrana timpánica (otoscopía neumática).
 - Coloración amarillenta o blanquecina de la membrana timpánica.
 - Opacificación de la membrana timpánica.

¹ EFUSIÓN: incluye toda la sinonimia tal como serosa, secretores, mucoides, etc.

Criterios diagnósticos de Inflamación aguda

Se definirá por la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos clínicos/otoscópicos.

- 1) Otolgia dentro de las 24 hs. de iniciado el cuadro.
- 2) Marcado enrojecimiento de la membrana timpánica (*ver Esquema 12*).
- 3) Abombamiento parcial/total de la membrana timpánica (*ver Esquema 12*).

Nomenclatura

Otitis media [OM]

Es la inflamación del oído medio, independientemente del mecanismo etiopatogénico.

Otitis media aguda [OMA]

Es la inflamación de la mucosa del oído medio caracterizada por el inicio súbito de los signos y síntomas, acompañada o no de contenido en la caja del oído medio acorde a la fase del proceso inflamatorio.

Miringitis

Este término corresponde al estadio inicial en la evolución del proceso inflamatorio del oído medio, y su reconocimiento es fundamental dado que hemos comprobado que un alto porcentaje de miringitis (otitis media aguda sin contenido) evoluciona a la curación espontánea sin pasar por el estadio de otitis media aguda con contenido. Esto tiene implicancias en el abordaje terapéutico.

El dato más relevante es que el elemento diagnóstico básico para certificar ésta presunción es la otoscopia neumática, que nos dará cuenta acerca de la presencia de contenido o no en la caja del oído medio.

Otitis media aguda con contenido [OMA con contenido]

Este término corresponde al estadio de otitis media aguda propiamente dicha, donde se asocian los criterios diagnósticos de inflamación aguda junto a los criterios diagnósticos de contenido en oído medio.

Otitis media aguda recurrente [OMAR]

Se define por consenso como la aparición de 3 episodios de otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticados) en el lapso de 6 meses o bien 4 otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticada) en el lapso de 12 meses, con el último episodio durante el mes previo a la consulta.

En esta categorización es fundamental la incorporación del término "adecuadamente diagnosticado", dado que el sobrediagnóstico de otitis media aguda con contenido ha llevado a un incremento dramático en el grupo de pacientes asumidos como portadores de otitis media aguda recurrente con las implicancias obvias para el paciente, su familia y el sistema de salud.

Los principales errores se producen al confundir las categorías otitis media aguda sin contenido (miringitis) y otitis media con exudado (*ver más adelante*) con la categoría otitis media aguda con contenido.

Otitis media con exudado [OME]

Es la inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo.

Otitis media con exudado persistente [OMEP]

Es la inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo durante un período de tiempo menor a 3 meses.

La presencia de exudado luego de una otitis media aguda con contenido forma parte de la evolución natural de la enfermedad, y como tal debe ser monitoreada a la espera de su resolución espontánea durante un período mínimo de tres meses.

Otitis media con exudado crónico [OMEC]

Es la inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo durante un período de tiempo de más de 3 meses.

Un 20% de los pacientes que padecen otitis media aguda con contenido, persisten con dicho contenido pasados los tres meses de evolución.

Otitis media crónica [OMC]

Es la presencia de una perforación en la membrana timpánica durante un período de tiempo de más de 3 meses. Puede ser simple [OMCS] o colestomatosa [OMCC]. Tanto la otitis media crónica simple como la colestomatosa son de resorte del especialista y no formarán parte de este capítulo.

Otitis media crónica simple [OMCS] (ver Esquema 13)

Es la presencia de una perforación que no afecta las zonas de riesgo de la membrana timpánica y cuya duración excede un período de tiempo de más de 3 meses.

Otitis media crónica colestomatosa [OMCC] (ver Esquema 14)

Es la presencia de una perforación que afecta las zonas de riesgo de la membrana timpánica y cuya duración excede un período de tiempo de más de 3 meses.

Categorías clínicas de orden práctico para el pediatra

La categorización de los distintos estadios evolutivos de la otitis media se basa en una serie de datos interrelacionados tales como: la forma de presentación (aguda, subaguda o crónica), el tipo de síntomas (otodinea, hipoacusia, hipertermia, etc.) y la duración de los mismos, los datos otoscópicos (signos de inflamación aguda, signos de efusión, alteraciones en la estructura de la membrana timpánica, etc.), el número de episodios "adecuadamente diagnosticados" en un tiempo dado.

Sobre la base de estos datos, el pediatra podrá intentar realizar una estadificación del proceso. Es fundamental saber que cada uno de estos datos es irremplazable al realizar la aproximación diagnóstica.

En los siguientes esquemas podemos observar las distintas formas de presentación de la patología ótica.

Claves para la interpretación de los gráficos:

1. Se presentan en bloques correlativos los distintos meses de un año calendario desde [E] enero a [D] diciembre.
2. Con una **cruz** en el mes de Diciembre se representa el momento de consulta fijado arbitrariamente.
3. Con una **flecha azul** se representan los episodios de otitis media aguda con contenido y con una **flecha blanca** los episodios de otitis media aguda sin contenido (miringitis)
4. Con **bloques grisados** se presentan los períodos de exudado en oído medio (arbitrariamente de una duración mínima de 30 días).

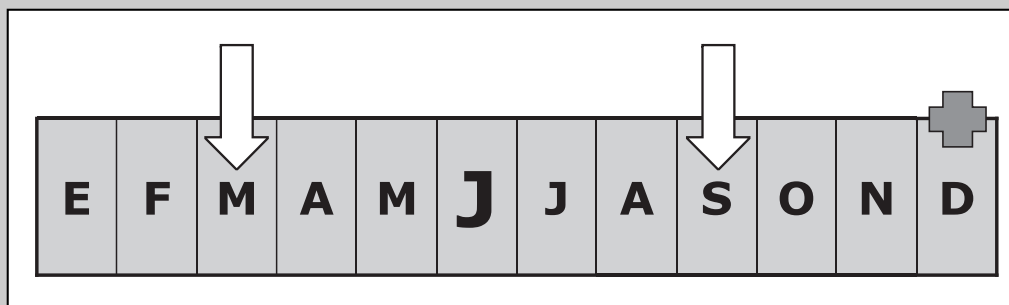
En el *Esquema 15* observamos la evolución de un paciente con dos episodios de miringitis (otitis media aguda sin contenido) en los meses de marzo (M) y septiembre (S) sin persistencia de contenido en oído medio.

En el *Esquema 16* observamos la evolución de un paciente con episodios de otitis media aguda (otitis media aguda con contenido) en los meses de marzo

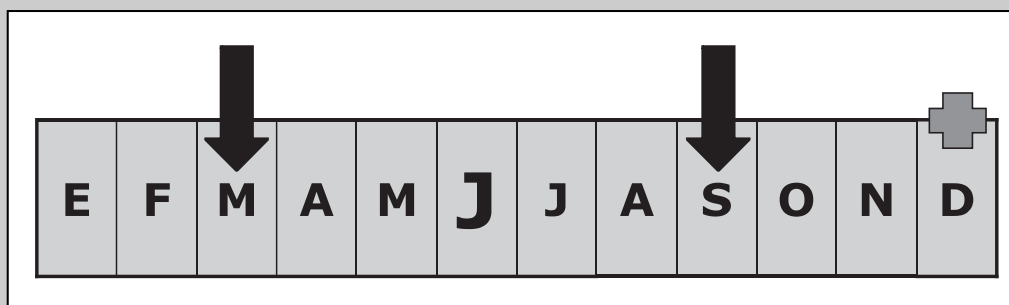
(M) y septiembre (S) sin persistencia de contenido en oído medio.

En el *Esquema 17* observamos un caso con tres episodios de otitis media aguda (con contenido) en el año previo a la consulta (enero, marzo y junio) y el cuarto episodio (diciembre) dentro del mes previo a la consulta. Esto constituye por consenso un cuadro de otitis media aguda recurrente.

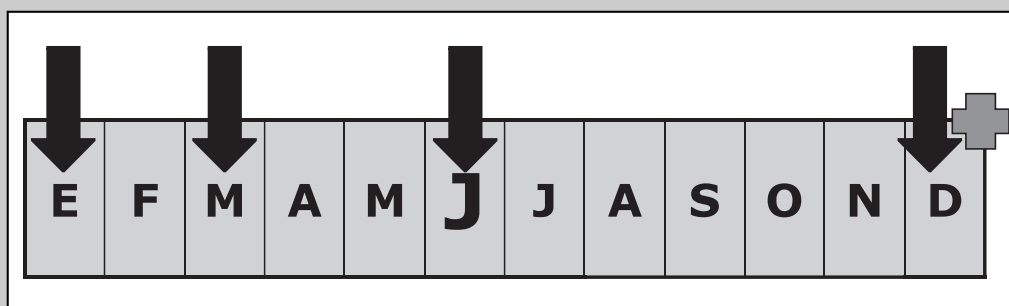
Esquema 15: Miringitis – otitis media aguda sin contenido



Esquema 16: Otitis media aguda con contenido



Esquema 17: Otitis media aguda recurrente



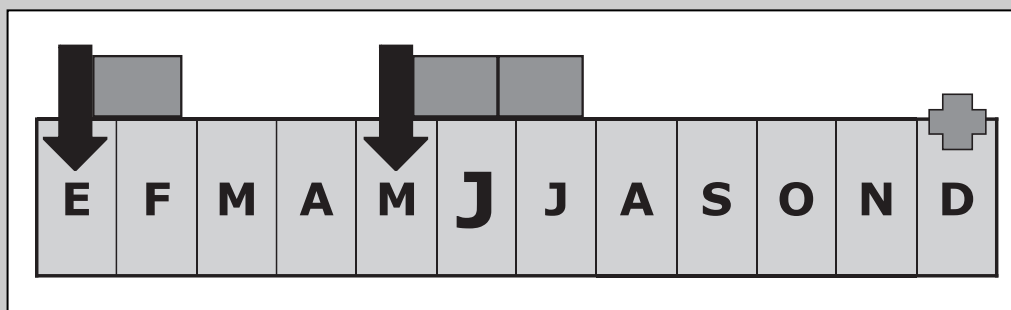
En el *Esquema 18* se ejemplifica con dos episodios de otitis media aguda en los meses de enero (E) y mayo (M), pero con persistencia de contenido en el oído medio post-otitis media aguda (febrero y junio-julio). En ambos casos la persistencia de contenido no superó los tres meses, considerándose como una otitis media con exudado persistente.

En el *Esquema 19* se ejemplifica con dos episodios de otitis media aguda en

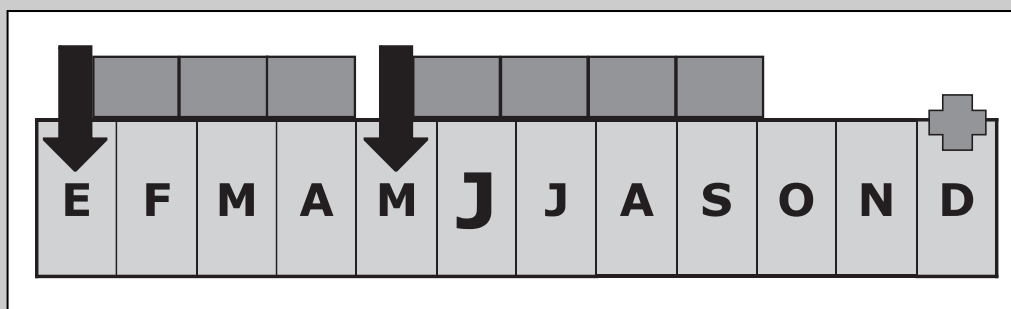
los meses de enero (E) y mayo (M), pero con persistencia de contenido en el oído medio post-otitis media aguda. Luego de ambos episodios la persistencia de contenido superó los tres meses, considerándose como una otitis media con exudado crónico.

En el *Esquema 20* observamos como se cabalgan episodios de otitis media aguda recurrente con persistencia de exudado en sus dos formas (persistente y crónico).

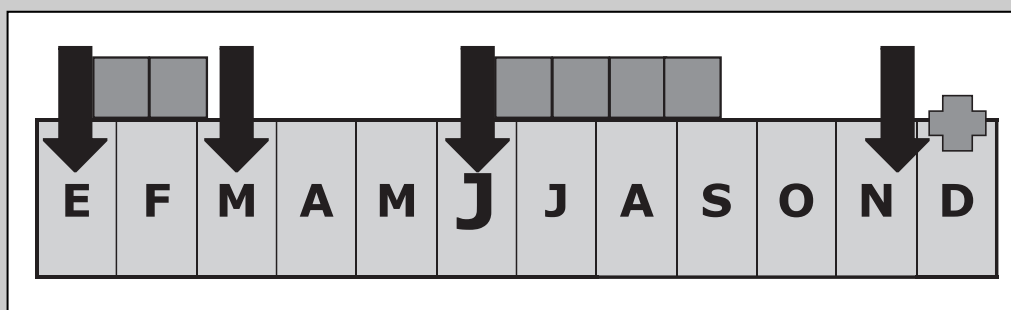
Esquema 18: Otitis media con exudado persistente



Esquema 19: Otitis media con exudado crónico



Esquema 20: Otitis media aguda recurrente + exudado persistente + exudado crónico

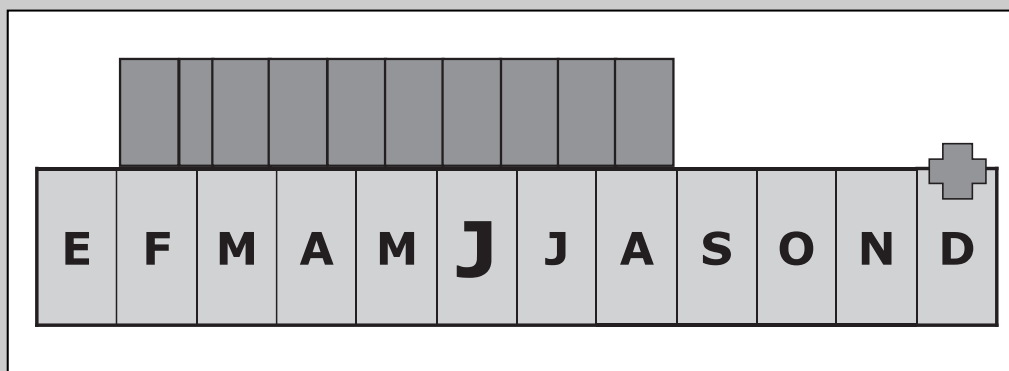


En el *Esquema 21* observamos como se presenta contenido en el oído medio sin presencia previa de otitis media aguda. La duración del mismo corresponde a la categoría otitis media con exudado crónico.

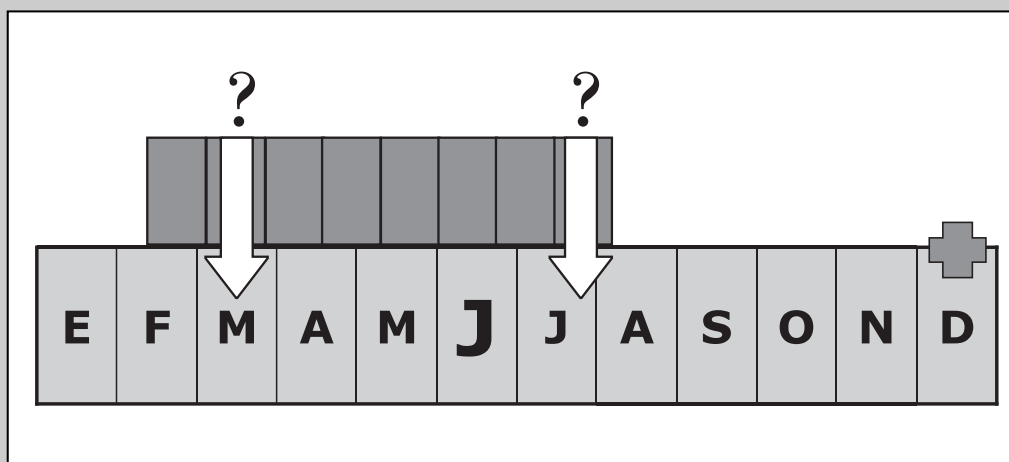
En el *Esquema 22* observamos como se presenta contenido en el oído medio sin

presencia previa de otitis media aguda, pero durante la persistencia del contenido cursa dos cuadros catarrales con congestión de la membrana timpánica. Nuestra duda será acerca de si el contenido corresponde a un proceso persistente o crónico o bien es exclusivo de la inflamación aguda.

Esquema 21: Otitis media con exudado crónico



Esquema 22: Otitis media con exudado crónico + otitis media aguda



Factores predisponentes para padecer otitis media aguda, otitis media aguda recurrente y otitis media con exudado

Los factores de riesgo más importantes son:

Huésped

- Episodios de otitis media aguda en menores de un año de edad (propensión a la otitis media aguda recurrente).
- Alteraciones craneofaciales (Síndrome de Down, fisura palatina, etc.).
- Alteraciones inmunológicas sistémicas.

- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.

Ambientales

- Leche artificial.
- Concurrencia a guardería, número de hermanos en edad escolar.
- Fumadores en el hogar.
- Invierno.
- Nivel socio-económico bajo.

Otitis media aguda [OMA] (se excluye la Miringitis)

Diagnóstico

El diagnóstico de otitis media aguda requiere:

- 1) Historia de comienzo agudo de los signos y síntomas.
- 2) Presencia de contenido en el oído medio.
- 3) Signos y síntomas de inflamación del oído medio.

Síntomas asociados

El 90% de los pacientes cursan un cuadro catarral de vía aérea superior con rinitis y tos como manifestaciones inespecíficas preponderantes. Dado que sólo el 50% de los pacientes puede cursar con hipertermia u otalgia, la ausencia de dichas manifestaciones no descarta el diagnóstico de otitis media aguda.

Agentes involucrados

El contenido del oído medio puede ser estéril o presentar desarrollo de patóge-

nos. El diagnóstico sobre la base de la otoscopia es presuntivo y no hay elementos sensibles ni específicos para diferenciar razonablemente un proceso etiológico de otro. Se ha detectado que cerca de un 25% de pacientes con otitis media aguda no presentan evidencia de agentes bacterianos ni virales en el líquido del oído medio. Un 16% presenta aislamiento bacteriano y evidencia de infección viral ya sea por aislamiento en el aspirado nasal o por serología. Mientras que un 18% presenta aislamiento de virus y bacterias en forma conjunta.

Agentes bacterianos aislados más frecuentemente.

En un 34% de otitis media aguda se encontraron agentes bacterianos sin evidencia de infección viral. Los patógenos más frecuentemente rescatados son:

- *Streptococcus pneumoniae*.
- *Haemophilus influenzae* (90% no tipificables).

- *Moraxella catarrhalis*.

En nuestro medio la *Moraxella catarrhalis* es poco frecuente con relación a los porcentajes obtenidos en las estadísticas internacionales. Otros agentes son *Streptococo B* hemolítico, *Estafilococo*, *Proteus* y *Pseudomona*.

Agentes virales aislados más frecuentemente

En un 6% de otitis media aguda se aislaron virus sin detección de bacterias. Los agentes virales más comúnmente detectados son virus

- Sincicial respiratorio.
- Influenza.
- Parainfluenza.
- Rhinovirus.
- Adenovirus.

Tratamiento

La otitis media aguda tiene una tasa de resolución espontánea que supera el 65%. El meta-análisis de estudios comparativos de antibioticoterapia versus placebo en otitis media aguda demuestran consistentemente que cerca del 80% de los episodios de otitis media aguda se resuelven en dos a siete días con el uso de placebo y existe un ligero incremento de este porcentaje (90%) en el caso de usar antibioticoterapia.

Por lo antedicho el antibiótico empleado debe ser de mínima toxicidad, costo adecuado y probado fehacientemente en otitis media aguda y debe ser activo contra los gérmenes más frecuentes en OMA (*Streptococco pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, y *Moraxella catarrhalis*).

Es fundamental un diagnóstico apropiado tratando de diferenciar los cuadros de miringitis (otitis media aguda sin contenido) y de otitis media con exudado del cuadro propiamente dicho de otitis media aguda. La bibliografía actualizada nos recomienda realizar un uso racional de antibióticos sobre la base de un diagnóstico otoscópico apropiado, de manera tal que si el diagnóstico es de miringitis (ausencia de contenido) indicamos analgesia y revaloramos a las 24-48 hs. con pautas de alarma, mientras que si hay datos contundentes de otitis media aguda, iniciamos la antibioticoterapia junto con la analgesia.

El antibiótico de primera elección para otitis media aguda (bien diagnosticada) en paciente sin factores predisponentes sigue siendo la amoxicilina a dosis habituales 50 mg/kg/día fraccionada en tres tomas o 60 mg/kg/día fraccionada en dos tomas durante un período de 7 a 10 días. Recomendamos mantener las dosis elevadas de amoxicilina (80-100mg/kg/día fraccionada en 2 tomas) como terapéutica de segunda línea ante la falta de respuesta a la amoxicilina a dosis habituales o bien de primera línea en pacientes con episodios recurrentes de otitis media aguda (bien diagnosticada) que concurren a centros de cuidados diurnos.

En la década de los noventa se ha observado, en los pacientes sometidos a cultivo del oído medio, un incremento en la tasa de cepas de *S. pneumoniae* resistentes tanto a los beta-lactámicos, como a los macrólidos y azálidos; éste fenómeno se cree íntimamente ligado al uso inapropiado de antibióticos, motivo por el cual ha sido propuesto últimamente en determinados grupos de pacientes el inicio del tratamiento con analgesia y retrasar el uso de antibióticos a la espera de una resolución espontánea. Dichas recomendaciones no se aplicarían a paí-

ses subdesarrollados ni menores de 2 años de edad. El uso racional de la antibióticoterapia ha demostrado ser de gran utilidad para controlar la resistencia bacteriana debida fundamentalmente al uso indiscriminado de estas drogas.

La analgesia es importante en las primeras 24 horas de realizado el diagnóstico presuntivo, el antibiótico no cumple ninguna función en el control del dolor.

Evolución esperable

En el término de 24 a 48 hs. se produciría la disminución y/ o cese de los síntomas generales (otalgia, fiebre, etc.). Debemos tener en cuenta la posibilidad de infección viral concomitante como causa de persistencia de síntomas. Ante la falta de respuesta clínica estamos obligados a la revaloración del paciente para descartar complicaciones o patologías asociadas.

Los lactantes con OMA, sobre todo aquellos menores de 6 meses, requieren un seguimiento más estrecho, ya que la posibilidad de bacteriemia a neumococo es más alta.

Los signos otoscópicos tienden a mejorar lentamente, especialmente la efusión, que puede persistir hasta 12 semanas post-otitis media aguda. La falta de respuesta al tratamiento puede estar relacionada, entre otras causas, con la posibilidad de resistencia bacteriana a las drogas de primera elección, ante dicha eventualidad una conducta apropiada es seleccionar una droga de primera elección asociada a un inhibidor de la betalactamasa como lo es la asociación de amoxicilina-ácido clavulánico (7:1) a 45 mg/kg/día, fraccionado en 2 tomas cada 12 hs.

Es probable que en breve contemos con la formulación de amoxicilina aso-

ciada a ácido clavulánico en relación 14:1 la cual nos permitirá dosificar la amoxicilina a 80 a 100 mg/kg/día y contar con el efecto inhibidor de beta lactamasa del ácido clavulánico. Esta formulación se recomendaría para pacientes con otitis media expuestos a antibióticos en los tres meses previos al evento actual, menores de 2 años y que concurren a guardería, cubriendo el espectro de *Streptococcus pneumoniae* (CIM penicilina ≤ 2 (g/ml), *Haemophilus influenzae* (incluidos los productores de beta-lactamasa), y *Moraxella catarrhalis* (incluidos los productores de beta-lactamasa).

.....
En caso de no responder y confirmarse el foco ótico, lo más indicado sería la punción evacuadora con toma de cultivo dentro del oído medio. La toma de cultivo de la otorrea en conducto auditivo externo carece de valor.

Indicaciones de miringostomía

Otitis media aguda en:

- Paciente tóxico o gravemente enfermo.
- Complicaciones supurativas (*ver Cuadro 1*).
- Recién nacido.
- Inmunocomprometido.
- Fracaso clínico luego de tratamiento de 2^{da}. elección.

La **mastoiditis** se manifiesta clínicamente por la presencia de compromiso inflamatorio a nivel de la apófisis mastoidea y es expresión de la acumulación de material purulento a nivel de las celdillas mastoideas. En aquellos casos que requieran internación principalmente por complicaciones supurativas (intratemporales/intracraneales) se solicitará la participación de las distintas especialidades (ORL, neurocirujano, infectólogo, etc.) para acordar la estrategia terapéutica a seguir. (*Ver Esquema 23*)

Cuadro 1: Complicaciones de otitis media

NO SUPURATIVAS	SUPURATIVAS
Hipoacusia transitoria Otitis media con exudado crónico Alteraciones en la cadena de huesecillos. Alteraciones del equilibrio (sistema vestibular) por pasaje de toxinas bacterianas a través de la ventana oval y redonda.	INTRATEMPORALES Perforación de la membrana timpánica Mastoiditis (<i>ver Esquema 23</i>) Parálisis facial
	INTRACRANEALES Meningitis Absceso cerebral-extradural-subdural (<i>Esquema 24</i>) Tromboflebitis senos laterales (<i>ver Esquema 24</i>)

Recomendaciones

El uso de analgésicos durante la etapa aguda es de utilidad clínica (*Cuadro 2*), no así el uso de descongestivos y antiinflamatorios.

La patología puede ser silente con mínimas manifestaciones generales, requiriendo un alto índice de sospecha.

Todo paciente con complicaciones supurativas intracraneales o intratemporales debe ser evaluado apropiadamente

para descartar la existencia de un foco séptico en oído medio.

La información a los padres es fundamental y debe basarse en nuestros conocimientos actuales planteándoles una estrategia clara, se ha comprobado que no es cierto que la presión de los padres por el uso de antibióticos no pueda ser manejada. Pero para ello debemos incorporar tiempo e información acerca de los costos y beneficios de las diferentes conductas a la luz de los conocimientos actuales. Para poder establecer estas modalidades terapéuti-

Cuadro 2: Analgesia en otitis media

Modalidad	Tratamiento
Acetaminofen - ibuprofeno	Primera línea Analgésicos efectivos para el dolor moderado y disponible
Remedios caseros (calor, aceite tibio, etc.)	Eficacia limitada
Agentes tópicos	Utilidad discutida, poco efectiva
Agentes homeopáticos	No hay estudios controlados
Codeína y análogos	Dolores severos, no la utilizamos
Timpanostomía - miringostomía	Requiere entrenamiento apropiado
Corticoides	Dolor intenso que no permite conciliar el sueño en un paciente de 3 ó más años al que no se puede realizar una timpanocentesis. Puede utilizarse una dosis única de corticosteroide vía oral.

cas es necesario un seguimiento longitudinal del paciente por el mismo profesional, evitando la intervención de múltiples profesionales, lo que termina acarreando conductas inapropiadas para los pacientes.

La educación del profesional a través de programas de validación en otoscopia es de suma utilidad y deben formar parte de los programas de residencia de los colegas en formación, para lograr mejorar así las capacidades diagnósticas de los pediatras.

En relación a los **aspectos preventivos**, es importante el control de aquellos factores de riesgo modificables tales como la asistencia de los niños a centros de cuidados diurnos, la estimulación de la lactancia natural durante el primer y segundo año de vida, evitar la exposición

al humo del tabaco en el hogar y el chupete, entre otros.

La vacunación contra el virus de la influenza sería de utilidad porque disminuiría la tasa de infecciones respiratorias en época de epidemias y en relación a vacuna conjugada anti-neumococo, más allá de la utilidad en la prevención de otitis media aguda que difiere según los artículos, debemos determinar su necesidad sobre la base de la utilidad en la prevención de enfermedades sistémicas en poblaciones de riesgo.

En niños en seguimiento por 3,5 años, la vacuna conjugada anti-neumococo proveyó una moderada protección contra las infecciones del oído medio, mientras que redujo la otitis media aguda recurrente y la indicación de colocación de tubos de ventilación.

Otitis media aguda recurrente

Diagnóstico

Se define, por consenso, como la aparición de 3 episodios de otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticados) en el lapso de 6 meses o bien, 4 otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticada) en el lapso de 12 meses, con el último episodio durante el mes previo a la consulta.

Como podemos ver, se basa en un concepto netamente temporal y se da por cierto que los diagnósticos previos de otitis media aguda son fiables; esto genera un riesgo cierto de sobrediagnóstico en pacientes con cuadros frecuentes de infecciones del tracto respiratorio superior con síntomas de afección ótica (otalgia pasajera, sensación de plenitud en

oído, etc.) y sin signos otoscópicos de otitis media aguda, que se asumen como otitis media aguda. Esto se ve incrementado por la multiplicidad de médicos que contactan a un mismo paciente y disminuye cuando el paciente es controlado por un mismo profesional.

Recomendaciones

Debemos atender a los factores predisponentes y modificarlos cuando sea posible (tabaco, guardería, biberón, hacinamiento, disfunción de la trompa de Eustaquio, etc.). Es fundamental un seguimiento personalizado con el auxilio del especialista para corroborar el estado clínico del oído medio. Debemos evaluar si durante los períodos entre otitis media aguda se produce resolución o no del exudado en oído medio, dado que aquellos en que persiste el exudado corren

más riesgo de padecer complicaciones otológicas (hipoacusia, trastorno en la cadena de huesecillos, etc.).

La **audiometría** es de suma utilidad para determinar el impacto que el padecimiento produce sobre la audición, y podemos accesoriamente evaluar el estado del oído medio con una timpanometría (impedancia y reflejos).

En relación al **manejo terapéutico**, los agentes involucrados son los mismos que mencionamos en otitis media aguda y la experiencia práctica demuestra que la recurrencia de episodios generalmente está relacionada con factores mecánicos más que con factores inmunológicos y bacteriológicos.

La profilaxis antibiótica está actualmente en desuso y debería ser evitada en lo posible dado que no modifica la evolución natural de la enfermedad y

facilita la selección de la flora, incrementando el riesgo de resistencia bacteriana. La concurrencia a guardería sería una contraindicación para el uso de profilaxis por el fenómeno de selección de flora a que se exponen los niños.

El manejo de los pacientes con otitis media aguda recurrente confirmada, que no disminuyen la frecuencia de episodios a pesar del tratamiento apropiado, la colocación de **tubos de ventilación** debe ser una opción a considerar.

La utilidad de la **adenoidectomía** en el manejo de la otitis media aguda recurrente, en pacientes sin manifestaciones obstructiva que justifiquen el procedimiento quirúrgico, es una indicación controvertida y es necesario evaluarla en forma particular en cada paciente. Si se decidiera la adenoidectomía, se recomienda realizarla durante la colocación de los diablos.

Otitis media con exudado crónico

Diagnóstico

Es la inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo durante un período de tiempo de más de 3 meses.

La definición de otitis media con exudado crónico es clara en cuanto al tiempo que debe transcurrir para considerar la persistencia de líquido en el oído medio como crónica. La otitis media con exudado crónico puede aparecer a posteriori de

un cuadro de otitis media aguda, o bien sin este antecedente.

La evolución natural de la otitis media con exudado crónico es generalmente benigna y tiene una alta tasa de curación espontánea.

La otoscopía neumática tiene un rol preponderante en el seguimiento clínico pediátrico de esta afección, dado que nos va a definir la presencia o no de derrame dentro del oído medio. Debemos tener en cuenta la evolución natural de la otitis media aguda, para no asumir como otitis media con exudado crónico lo que sería la persistencia de líquido en el oído

medio post-otitis media aguda, fenómeno que no presenta mayores implicancias patológicas.

En tanto que el subdiagnóstico de otitis media con exudado crónico se produce al suponer que, sin otitis media aguda previa o recurrente no hay posibilidad cierta de padecer otitis media con exudado crónico o bien, al no poder evaluar la movilidad de la membrana timpánica, nuestro diagnóstico de estado normal se basa exclusivamente en la evaluación estática, y asumimos como normal un oído con contenido.

Por todo ello, consideramos apropiado incorporar la otoscopía (fase estática y dinámica) como una práctica de atención primaria que tiene como objetivo deter-

minar el estado de la membrana timpánica, lo cual nos permite inferir el estado del oído medio.

Recomendaciones

Debemos atender los factores predisponentes y modificarlos cuando sea posible (promoción de lactancia materna, tabaco, guardería, hacinamiento, disfunción de la trompa de Eustaquio, etc.).

Debemos realizar un seguimiento personalizado con el auxilio del especialista para corroborar el estado clínico del oído medio y definir el momento evolutivo del proceso, dato que nos permitirá establecer estrategias apropiadas de manejo (ver Cuadros 3 a 9).

Cuadro 3: Fases evolutivas de la OME y objetivos de manejo

FASE	OBJETIVOS DEL MANEJO
OME de reciente diagnóstico	Confirme el diagnóstico. Manejo basado en una buena estimación de la duración de la efusión. Educación familiar.
OME < 3 meses	Modificar factores de riesgo. Uso restrictivo de ATB, basado en la individualización del caso.
OME 3 – 6 meses	Evaluar la morbilidad (audiometría). Determinar potencial candidato a cirugía. Cirugía basado en la individualización del caso.
OME > 6 meses	Cirugía usualmente indicada (bilateral/unilateral) para prevenir déficits del habla, del lenguaje, del desarrollo o cognitivos.
OME recurrente	Modificar factores de riesgo. Uso restrictivo de ATB, basado en la individualización del caso. Determinar potencial candidato a cirugía.

Cuadro 4: Momento evolutivo – acción médica > OME reciente diagnóstico

MOMENTO EVOLUTIVO - ACCIONES	OME RECIENTE DIAGNÓSTICO
Diagnóstico	Confirme efusión en OM
Antimicrobianos	No recomendado
Otras medicaciones	No beneficio
Educación familiar	Patología autolimitada- meses
Control factores asociados	Tabaco pasivo Condiciones comorbidas
Procedimientos quirúrgicos	No beneficio
Evolución esperable	Resolución de OME bilateral
Tasa de resolución espontánea	-----
Beneficios antimicrobianos	< 15% corto plazo

Cuadro 5: Momento evolutivo – acción médica > 4-6 semanas / 6-12 semanas

MOMENTO EVOLUTIVO - ACCIONES	4 – 6 SEMANAS	6 –12 SEMANAS
Diagnóstico	Revalorar efusión en OM. Audiometría tonal opcional.	
Antimicrobianos	10 días en pacientes de AR. No beneficios profilaxis.	
Otras medicaciones	No beneficio de antihistamínicos. No beneficio de descongestivos.	
Educación familiar	Hipoacusia es temporaria. Efusión puede persistir sin síntomas.	
Control factores asociados	Tabaco pasivo. Condiciones comórbidas.	
Procedimientos quirúrgicos	No beneficio. Miringotomía aislada no es recomendada.	
Evolución esperable	Resolución de OME bilateral.	
Tasa de resolución espontánea	50 – 60 %	60 – 90 %
Beneficios antimicrobianos	< 15% corto plazo. Recaída en las semanas siguientes.	

Cuadro 6: Momento evolutivo – acción médica > 3- 6 meses / > 6 meses

MOMENTO EVOLUTIVO - ACCIONES	3 – 6 MESES	> 6 MESES
Diagnóstico	Revalorar efusión en OM. AT mandataria – ORL – Examen de paladar.	
Antimicrobianos	10 días en pacientes no tratados.	No beneficio ATB prolongado.
Otras medicaciones	Corticoides orales en pacientes seleccionados.	No beneficio de terapias alternativas.
Educación familiar	RAT / ORL evaluación – No terapias no probadas. Supervisión regular si no se opera.	
Control factores asociados	Biberón recostado, alergenios alimentarios, inhalados, cambio de centro de cuidado.	
Procedimientos quirúrgicos	OME bilateral + hipoacusia / alteración MT/ OME unilateral / adenoidectomía.	
Evolución esperable	Cx. evita complicaciones – mejora calidad de vida.	
Tasa de resolución espontánea	75% sin recaída / reinfección.	85% sin recaída / reinfección.
Beneficios antimicrobianos	Probablemente inútiles.	

AT: audiometría tonal.

RAT: resultado de audiometría tonal.

MT: membrana timpánica

Cuadro 7: Momento evolutivo – acción médica > OME recurrente

MOMENTO EVOLUTIVO - ACCIONES	OME recurrente
Diagnóstico	Test alergia – Rx. senos paranasales.
Antimicrobianos	10 días por episodio en pacientes de AR.
Otras medicaciones	No beneficio terapias alternativas.
Educación familiar	AT / ORL evaluación – No terapias no probadas. Supervisión regular si no se opera.
Control factores asociados	Biberón recostado, alergenitos alimentarios, inhalados, cambio de centro de cuidados.
Procedimientos quirúrgicos	OME bilateral + hipoacusia / alteración MT / OME unilateral / adenoidectomía.
Evolución esperable	Decrece con el tiempo.
Tasa de resolución espontánea	Similar a OMAR.
Beneficios antimicrobianos	Considere profilaxis.

Cuadro 8: Factores que influyen la decisión quirúrgica

Factor pronóstico	Disminuye posibilidades	Aumenta posibilidades
Audición	NORMAL	ANORMAL
Comorbilidad	AUSENTE	PRESENTE
Estructura de la MT	NORMAL	ANORMAL
OMA recurrente	AUSENTE	PRESENTE
Duración bilateral OME	< 3 meses	> 3 meses
Duración unilateral OME	< 6 meses	> 6 meses
Edad del paciente	Niños mayores	Infantes
Alteraciones vestib/cocleares	AUSENTE	PRESENTE
Factores ambientales	FAVORABLE	DESFAVORABLE
Calidad de vida	BUENO	POBRE

Debemos evaluar la presencia de episodios de otitis media aguda cabalgando sobre la otitis media con exudado, lo cual determina que el paciente está sometido a un mayor riesgo de complicaciones otológicas.

Es necesario considerar primordialmente la evaluación audiométrica para determinar el impacto que el padecimiento produce sobre la audición, y podemos evaluar el estado del oído medio con una timpanometría (impe-

dancia y reflejos) independientemente de la edad del paciente.

Debemos saber que la profilaxis antibiótica no tiene indicación en el manejo de otitis media con exudado crónico. Entre las posibilidades terapéuticas para pacientes con otitis media con exudado crónico confirmada, algunos autores postulan el uso de una serie de antibióticos de segunda línea (amoxicilina-ácido clavulánico) asociada a corticoides por vía sistémica y luego, si no hay respuesta o la

disminución de la audición compromete el normal desenvolvimiento del paciente, la colocación de tubos de ventilación es una posibilidad a considerar.

El abordaje integral de estos pacientes requiere de una evaluación adecuada del tipo respiratorio (nasal o bucal), alteraciones de la deglución, y el funcionamiento tubario, siendo para ello de suma utilidad la evaluación por la foniatra.

La adenoidectomía y su impacto sobre la evolución de otitis media con exudado crónico es un aspecto ciertamente controvertido y debe ser analizado a la luz de cada caso clínico en particular, en nuestro medio el consenso generalizado es el de realizar la adenoidectomía en el momento

de colocación de los diábolos.
(ver Cuadro 9)

El control de las infecciones del tracto respiratorio superior, especialmente la sinusitis, requiere de un abordaje apropiado a la hora de definir el tiempo de tratamiento, generalmente superior a los 15 días.

El especialista está en condiciones óptimas para definir la aparición de complicaciones potencialmente prevenibles (atelectasia, bolsillo de retracción, etc.).

Algunas de las complicaciones, por ejemplo, la atelectasia de la membrana timpánica, pueden ser consecuencia de alteraciones pre-existentes de la misma o bien por alteraciones del funcionamiento de la Trompa de Eustaquio.

Cuadro 9: Opciones quirúrgicas en OME Crónica

Opción	Comentario
Miringotomía	Inefectiva en forma aislada. Útil con adenoidectomía.
Diábolos	Probada eficacia en manejo de OME. Único método para recuperar definitivamente la audición en la hipoacusia conductiva.
Adenoidectomía	Eficacia probada independientemente del tamaño Edad <4 años: indicación discutida.
Tonsilectomía	No indicado para OME.

Defina los siguientes términos

1. Otitis media [OM]

.....
.....
.....

2. Otitis media aguda [OMA]

.....
.....
.....

3. Miringitis

.....
.....
.....

4. Otitis media aguda con contenido [OMA con contenido]

.....
.....
.....

5. Otitis media aguda recurrente [OMAR]

.....
.....
.....

6. Otitis media con exudado [OME]

.....
.....
.....

7. Otitis media con exudado persistente [OMEPE]

.....
.....
.....

8. Otitis media con exudado crónico [OMECE]

.....
.....
.....

9. Otitis media crónica [OMC]

.....
.....
.....

Ejercicio**3**

Ejercicio

3

10. Otitis media crónica simple [OMCS]

.....
.....
.....

11. Otitis media crónica colestomatosa [OMCC]

.....
.....
.....

Identifique Verdadero o Falso en los siguientes enunciados

12. El examen otoscópico de la membrana timpánica es el principal medio para determinar la condición del oído medio y su estado.

☐ V F ☐

13. En la observación de un oído, la ausencia del triángulo luminoso es un dato relevante para el diagnóstico de patología en el oído medio

☐ V F ☐

14. La incorporación de la otoscopía neumática permite evaluar la movilidad de la membrana para determinar la presencia o no de contenido.

☐ V F ☐

15. Los principales errores se producen al confundir las categorías otitis media aguda sin contenido (miringitis) y otitis media con exudado con la categoría otitis media aguda con contenido.

☐ V F ☐

16. La presencia de exudado luego de una otitis media aguda con contenido forma parte de la evolución natural de la enfermedad y como tal, debe ser monitoreada a la espera de su resolución espontánea durante un período mínimo de tres meses.

☐ V F ☐

17. Un 20% de los pacientes que padecen otitis media aguda con contenido persisten con dicho contenido pasados los tres meses de evolución.

☐ V F ☐

18. La otitis media aguda tiene una tasa de resolución espontánea que llega al 50%.

☐ V F ☐

19 Enumere factores predisponentes para padecer otitis media aguda, otitis media aguda recurrente y otitis media con exudado.

.....
.....
.....



Analice y resuelva las siguientes situaciones clínicas

20. **Matías** de 4 meses de edad, sano hasta el evento actual, que concurre a guardería, con cuadro catarral de 7 días de evolución que comienza con llanto intenso, dificultad en la alimentación e inusual restregarse del pabellón auricular. Recibió tratamiento antibiótico, desconoce cuál, a los 2 meses de vida por un cuadro catarral.

Es evaluado por su pediatra, quien diagnostica una otitis media aguda e inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina a 50 mg/kg/día fraccionada en 3 tomas.

A las 48 horas vuelve a consultar dado que el paciente persiste febril, se acentúa la irritabilidad y la madre refiere que observó que durante uno de los picos febriles presentó temblores con cambios de coloración en la piel.

- a. ¿Qué datos consideraría relevantes para diagnosticar otitis media aguda en este paciente?

.....
.....

- b. ¿Qué datos consideraría relevantes al tener que definir la estrategia terapéutica? ¿Qué estrategia integral hubiera propuesto?

.....
.....

- c. ¿Qué conducta tomaría a las 48 horas? Por favor, fundamente la respuesta.

.....
.....

- d. ¿Sería de utilidad conocer el esquema de vacuna para determinar si puede padecer una enfermedad invasiva "por el germen que presuntamente" le produce la otitis media aguda?

.....
.....

21. **Luciana** de 3 años de edad con antecedentes de 5 episodios de otitis media aguda en el último año (previo a la consulta). Su último episodio de otitis media aguda fue hace 2 meses.

Concurre a una sala de cuidados diurnos (grupo de 4 niños y 2 horas por día), la madre y el padre son fumadores, la niña presenta como antecedente cuadros de sibilancias esporádicos, crisis de estornudos y tos persistente nocturna. El padre padece rinitis crónica no controlada.

Concurre a la consulta con un cuadro catarral de 24 horas de evolución, con sibilancias discretas y crisis de estornudos asociado al inicio súbito de dolor ótico, el cual es el motivo fundamental de consulta, afebril.

Ejercicio**3**

Ejercicio

3

a. Dentro de que categoría clínica encuadraría a esta paciente. ¿Qué recaudos tomaría para dicha categorización?

.....

b. Evalúe los factores de riesgo y determine un orden de relevancia. ¿Qué otros factores hubiera considerado?

.....

c. ¿Podría determinar alguna hipótesis en cuanto a la patogenia de este episodio de otalgia en particular?

.....

d. Sobre que base otoscópica realizaría un eventual diagnóstico de otitis media aguda. ¿Qué recaudos tomaría a la hora de interpretar estos hallazgos?

.....

e. Si su diagnóstico fuera otitis media aguda, ¿que estrategia terapéutica plantearía?

.....

22. **Leonardo** de 18 meses de edad, el cual es traído en consulta por múltiples episodios de llanto nocturno y otalgia evaluados por diferentes profesionales en domicilio a través de servicios de emergencias.

La madre trae consigo un listado de los distintos tipos de medicamentos utilizados y le solicita a Ud. que le explique que utilidad tiene cada uno de ellos para el tratamiento de la otalgia.

Ibuprofeno

Acido acetilsalicílico

Bromhexina

Prednisona

Loratadina

Cefuroxime

Cefixima

Claritromicina

Alcohol boricado (tópico ótico)

a. ¿Por qué le pasan a Ud. estas cosas?

.....

b. ¿Qué valor le asignaría a cada fármaco en el tratamiento de la otalgia?

.....

.....

c. Ud. ¿está seguro que es otalgia?

.....

.....

d. ¿Qué le recomendaría a la familia?

.....

.....

23. **Bruno** de 3 años de edad, proveniente de otra área geográfica, de veraneo en su ciudad, que consulta por otalgia intensa al traccionar el pabellón auricular. La madre refiere que siempre le ocurre lo mismo en verano y que son cuadros de otitis aguda.

Del interrogatorio surge que el niño presenta retraso en la adquisición de lenguaje y la madre refiere que le impresiona que no escucha apropiadamente. En sucesivas consultas al pediatra ante la duda de la madre fue asumido cómo un "madurador lento en el área del lenguaje".

No presenta antecedentes a destacar. Al intentar examinar al niño Ud. tracciona el pabellón auricular y el niño grita!

a. ¿Por qué se enoja cuando alguien veranea mientras Ud. trabaja?

.....

.....

b. ¿Cuáles serían los diagnósticos diferenciales de otalgia y cuál le parece que se acomodaría a éste caso en particular?

.....

.....

c. ¿Ud. vislumbra un problema más importante que el anterior?

.....

.....

d. ¿Qué haría entonces?

.....

.....

Ejercicio

3



Conclusión

La otitis media figura entre los motivos más frecuentes de consulta en consultorios de atención ambulatoria.

Genera gran ansiedad en la familia y costos importantes al sistema de salud. El diagnóstico apropiado basado en métodos confiables es la llave maestra para una práctica pediátrica adecuada.

El pediatra debe estar en condiciones de definir el estado del oído medio para de esa manera poder establecer un diálogo útil con el interconsultor.

El seguimiento longitudinal del paciente por el mismo profesional facilita la categorización del proceso de manera tal que se puedan establecer estrategias de seguimiento y terapéuticas apropiadas.

El uso indiscriminado de antibióticos no ha disminuido la aparición de procesos óticos y ha incrementado la resistencia bacteriana. El manejo de la otitis media forma parte de la actividad del clínico pediatra y requiere de éste una preparación adecuada para ese fin.

Bibliografía Recomendada

Esta bibliografía es recomendada para su lectura crítica y puede accederse a ella a través de Internet de manera libre y gratuita.

1. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Clinical Practice Guideline. American Academy of Pediatrics. American Academy of Family Physicians.

Subcommittee on Management of Acute Otitis Media.

Date: 09 – 03 – 2003. Web:

<http://www.aap.org/policy/aomfinal.pdf>

2. Impact of the Pneumococcal Conjugate Vaccine on Otitis Media. Bruce Fireman, MA, Steven B. Black, MD, Henry R. Shinefield, MD, Janelle Lee, DRPH, Edwin Lewis, MPH, Paula Ray, MPH. *Pediatr Infect Dis J* 22(1):10-16, 2003. © 2003 Lippincott Williams & Wilkins. WEB: <http://www.medscape.com/viewarticle/448603>
3. Acute Otitis Media. Emily G. Scott, MD, Keith R. Powell, MD. *Infect Med* 20(5):224-229, 2003. © 2003 Cliggott Publishing, Division of SCP Communications. WEB: <http://www.medscape.com/viewarticle/455529>
4. Rosenfeld, R.; Bluestone, Ch. Evidence-Based Otitis Media. B.C.Decker Inc. 1999.

Clave de respuesta

1. **Otitis media:** Inflamación del oído medio, independientemente del mecanismo etiopatogénico.
2. **Otitis media aguda:** Inflamación de la mucosa del oído medio caracterizada por el inicio súbito de los signos y síntomas, acompañada o no de contenido en la caja del oído medio acorde a la fase del proceso inflamatorio.
3. **Miringitis:** Otitis media aguda sin contenido. Estadio inicial en la evolución del proceso inflamatorio del oído medio. Un alto porcentaje de Miringitis evoluciona a la curación espontánea sin pasar por el estadio de otitis media aguda con contenido.
4. **Otitis media aguda con contenido:** Estadio de otitis media aguda propiamente dicha donde se asocian los criterios diagnósticos de inflamación aguda

- junto a los criterios diagnósticos de contenido en oído medio.
5. **Otitis media aguda recurrente:** Se define por consenso como la aparición de 3 episodios de otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticados) en el lapso de 6 meses o bien 4 otitis media aguda con contenido (adecuadamente diagnosticada) en el lapso de 12 meses, con el último episodio durante el mes previo a la consulta.
 6. **Otitis media con exudado:** Inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo.
 7. **Otitis media con exudado persistente:** Inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo durante un período de tiempo menor a 3 meses.
 8. **Otitis media con exudado crónico:** Inflamación del oído medio en la cual la colección de líquido está presente en ausencia de signos y síntomas de compromiso inflamatorio agudo durante un período de tiempo de más de 3 meses.
 9. **Otitis media crónica:** Presencia de una perforación en la membrana timpánica durante un período de tiempo de más de 3 meses. Puede ser simple [OMCs] o colestomatosa [OMCc] .
 10. **Otitis media crónica simple:** Presencia de una perforación que no afecta las zonas de riesgo de la membrana timpánica y cuya duración excede un período de tiempo de más de 3 meses.
 11. **Otitis media crónica colestomatosa:** Presencia de una perforación que afecta las zonas de riesgo de la membrana timpánica y cuya duración excede un período de tiempo de más de 3 meses.
 12. **Verdadero.**
 13. **Falso.** Ni la presencia, ni la ausencia del triángulo luminoso es un dato relevante.
 14. **Verdadero.**
 15. **Verdadero.**
 16. **Verdadero.**
 17. **Verdadero.**
 18. **Falso.** Supera el 65%.
 19. Factores predisponentes para padecer otitis media aguda, otitis media aguda recurrente y otitis media con exudado.
Del huésped: Episodios de otitis media aguda en menores de un año de edad. Alteraciones craneofaciales. Alteraciones inmunológicas sistémicas. Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.
Ambientales: Lactancia artificial. Concurrencia a guardería (número de hermanos en edad escolar). Fumadores en el hogar. Invierno. Nivel socio-económico bajo.
 20. **Matías**
 - a. Debería considerar los datos epidemiológicos (edad, factores de riesgo, enfermedad actual) asociados a los datos clínicos (inespecíficos y específicos).
 - b. Debería tener en cuenta los datos anteriores sumados al antecedente de tratamiento previo. Plantear el uso de analgesia y discutir la droga de elección antibiótica.
 - c. Discutir el manejo integral ¿"es un paciente que está protegido de infecciones invasivas"?
 - d. Analizar impacto de la vacuna contra haemophilus influenzae y la vacuna antineumocócica.
 21. **Luciana**
 - a. Evaluar si corresponde a otitis media aguda recurrente. En contra: 2 meses libre de otitis media aguda previa a

la consulta. Dudoso: no sabemos si los episodios previos fueron adecuadamente diagnosticados, sería útil analizar las características evolutivas de los eventos previos (forma de inicio, duración, tipo de dolor, respuesta a la analgesia, etc.).

- b. Considerar los datos del texto. La base alérgica no se constituye cómo un factor de riesgo relevante aunque predispone a una mala ventilación nasal. Tema controvertido.
- c. Las crisis de estornudos pueden producir una insuflación brusca a través de la trompa de Eustaquio ocasionando otalgia que debe ser diferenciada de la propia de la otitis media aguda.
- d. En un paciente con antecedentes de otitis media aguda es difícil determinar si el exudado es previo ó propio del evento actual lo cual dificulta la diferenciación (*Esquema 22*).
- e. Dado que han transcurrido 2 meses del último episodio estaría habilitado para utilizar amoxicilina.

22. Leonardo

- a. Ud. sabrá.

- b. El único indicado es el ibuprofeno.
- c. "La otalgia es la mejor excusa para justificar el llanto nocturno".
- d. Uso racional de los recursos de salud (seguimiento longitudinal).

23. Bruno

- a. ...
- b. La forma de presentación es propia de una otitis externa (tema no tratado) pero es importante como distractor. También nos permitirá discutir la validez del uso del "tacto" para diagnosticar otitis media aguda.
- c. Debería orientarse a la necesidad imperiosa de evaluar audiológicamente al paciente.
- d. Debería jerarquizar el síntoma audiológico y solicitar evaluación audiológica a la brevedad (superada la otitis externa). Además clarificar el concepto de otitis externa y la diferencia con otitis media aguda y otitis media aguda recurrente. Debería ser ético en relación a lo actuado previamente por otros profesionales.