

## OTITIS MEDIA AGUDA

\*Dra. Stella Maris Fabiola Barrera Lazo; \*Dr. Vladimir Hugo Gallardo Pacheco

\* Médicos Familiares policlínica de Especialidades El Alto

### I. Definición

Es la infección aguda del oído medio caracterizado por la presencia de secreciones que pueden ser desde trasudados hasta exudados de distintos tipos, de menos de 3 semanas de evolución. Esto permite clasificarlas como:

**Persistentes:** Antes de 7 días de haber finalizado el tratamiento.

**Recurrentes:** Después de 7 días de tratamiento  
De repetición: 3 o más en 6 meses/5 o más en 12 meses

**Subaguda o serosa o secretora:** cuando existe exudado en la cavidad del oído medio de forma asintomática o con síntomas muy leves.

Clasificación según hallazgos otoscópicos

- 1) OMA
- 2) OM serosa
- 3) Atelectasia timpánica
- 4) OM necrosante
- 5) Miringitis flictenular

### II. Epidemiología

La pobreza, el abandono sanitario, la guerra, las enfermedades respiratorias asociadas, el alto número de niños y ancianos con desnutrición e inmunodeficiencia y los factores ambientales nocivos, son algunas de las causas que precipitan la aparición de otitis y como consecuencia la discapacidad auditiva con todas sus complicaciones.

Existen otros factores epidemiológicos como el género -se observa mayor prevalencia en el sexo masculino- y factores genéticos, climáticos, asociaciones con algunas patologías virales endémicas o epidémicas, hacinamiento y ciertos hábitos alimentarios.

El pico de Incidencia es de los 6 a los 18 meses, disminuye a los 7 años de edad,. Raro en adultos. Entre el 60 y 80% de los infantes han tenido al menos un episodio hasta el 1er año de edad y

entre el 80 y 90% de los niños tienen al menos un episodio hasta los 3 años de edad, Levemente más frecuente en niños que niñas.

### III. Factores de riesgo

**Edad** Mayor frecuencia a partir de 6 meses y hasta los 2 años.

**Sexo** Mayor predominio masculino (72% a 59%) según estudios. En varones más complicaciones e intervenciones quirúrgicas correctoras.

**Raza y grupo étnico** Más frecuente en blanco de tipo caucásico que en la raza negra.

**Herencia** Anomalías genéticas que se asocian a alteraciones anatómicas favorecedoras o alteraciones fisiológicas o alteraciones inmunológicas.

**Predisposición familiar** Antecedentes familiares de OMA en relación con susceptibilidad por alteraciones inmunológicas frente a infecciones.

### Prematuridad

**Infecciones de vías altas** El 90% de los niños con OMA tenía previamente rinitis y el 78% tos.

**Lactancia** La lactancia materna es un factor de protección.

**Asistencia a guarderías** En relación con el mayor número de infecciones de vías altas.

**Temporada estacional** Más frecuente en invierno y primavera.

### Contaminación y tabaquismo pasivo

**Factores socioeconómicos** Malas condiciones de salubridad y educación sanitaria deficiente.

**Hábitos favorecedores** Alimentación en decúbito supino, inmersión brusca en piscinas, hábito infantil de esnifar, etc.

**Traumatismos faciales** O intubaciones mantenidas.

## Tumores en los adultos

### IV. Etiopatogenia

La presencia de gérmenes que afecten de manera primaria a la mucosa del oído medio o que contaminen los exudados presentes en dicha cavidad conforman la etiología patógena de la OMA.

El mecanismo básico es la obstrucción funcional o mecánica de la trompa de Eustaquio, en los niños está directamente relacionada con la inmadurez de la trompa de Eustaquio, que es corta, horizontal y de amplia luz; además, también existe inmadurez del sistema inmunológico en el paciente pediátrico. En el adulto, la enfermedad se manifiesta por disminución de la presión de los gases que se difunden hacia el espacio vascular, lo cual crea una presión negativa y extravasación de líquido seroso que se acumula en la caja timpánica; su acumulación abundante produce elevación de la presión hidrostática y desencadena perforación timpánica.

Fundamentalmente los patógenos involucrados son virus y bacterias; cobran la mayor importancia estas últimas.

#### Virus.

Virus sincitial, parainfluenza, adenovirus, con una prevalencia del 30% a 70% de secreciones rinofaríngea y de oídos medio. Suelen provenir de infecciones víricas de vías altas.

#### Bacterias

*Streptococcus pneumoniae* con una prevalencia de 20-50% de OMA con cultivo positivo.

*Haemophilus influenza* con una prevalencia del 15-20% de OMA con cultivo positivo.

*Moraxella catarrhalis*, prevalencia de 0 -20% de OMA con cultivo positivo Heterodoxa (inmunológicamente se encuentra en mucosas de niños pequeños).

*Streptococcus aureus* prevalencia del 3-8% En recién nacidos.

*Stafilococcus aureus* 5% Más frecuente como sobreinfección en otitis media con exudado.

#### Otros gérmenes.

Mínima prevalencia Grupo heterogéneo forzado por bacterias Gram negativas como *E. coli*, *Klebsiella pn*, *Proteus*, etc., anaerobios,

mycoplasmas. Clamidias e incluso casos aislados de *M. tuberculosis*, hongos y ascaris.

### V. Evaluación del paciente

Clínica:

Se han identificado 4 fases clínicas

1.-Fase hiperémica

Inflamación difusa de la membrana timpánica.



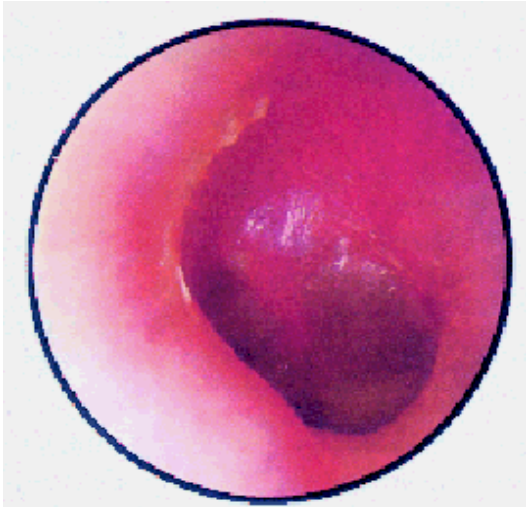
2.-Fase de trasudado

Presencia de burbujas o de nivel hidroaéreo en el oído medio con limitación de la movilidad de la membrana timpánica.



3.-Fase de exudado

Abombamiento de la membrana timpánica y aumento de la vasculatura radiada.



#### 4.-Fase de supuración

Presencia de material purulento a través de una perforación de la membrana timpánica



#### FASES CLINICAS:

##### ETAPA I

- Sensación de oclusión o pesadez en el oído
- Egofonía.
- No dolor.

##### ETAPA II

- Otolgia progresiva
- Hipoacusia conductiva.

##### ETAPA III

- Otorrea por conducto auditivo externo
- Cede el dolor.

#### Diagnóstico

1. Historia clínica detallada buscando antecedentes y factores predisponentes.
2. Examen físico con otoscopia Audiometría, Timpanometría realizada.

#### VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Otitis media con efusión, atelectásica, hemorrágica
- Otitis externa aguda.
- Miringitis flictenular.
- Herpez Zoster oticus.
- Glositis, faringitis, y PO de amigdalectomía.
- Mastoiditis
- Síndrome de articulación temporomandibular
- Disfunción auditiva de la trompa de Eustaquio
- Cuerpo extraño
- Timpanoesclerosis
- Colesteatoma
- Dolor irradiado: faringe, dental, sinusitis.

#### Complicaciones:

- Perforación timpánica.
- Otitis serosa crónica.
- Otitis persistente.
- Otitis recurrente.
- Hipoacusia y trastornos del lenguaje.
- Mastoiditis y otras complicaciones intratemporales.
- Laberintitis supuradas.
- Colesteatoma.
- Parálisis facial.
- Meningitis y otras complicaciones intracraneales.

#### VII. TRATAMIENTO

##### Antihistamínicos

De uso habitual, sobre base de la probable afectación de la mucosa de la caja timpánica y de la obstrucción tubárica; sin embargo, **su efectividad no ha podido ser demostrada en estudios extensos**, por lo que su uso sistemático no puede ser recomendado.

##### Descongestivos nasales

Uso controvertido. La utilización de vasoconstrictores nasales y corticoides tiene detractores y animadores. Sus ventajas irían dirigidas a conseguir una rápida desobstrucción de rinofaringe y trompas.

##### Tratamiento sintomático

Fundamentalmente basado en el uso de analgésicos menores y antiinflamatorios no esteroideos como paracetamol, ibuprofeno, etc.

La aplicación de calor local suele ser beneficiosa y consigue alivio del dolor.

### Gotas óticas

Mayoritariamente desaconsejadas.

El tratamiento quirúrgico se centra en la timpanocentesis evacuadora de utilidad diagnóstica y terapéutica cuya indicación debe ser establecida por el especialista.

### Antibióticos

GERMEN	PRIMERA ELECCION	SEGUNDA ELECCION	DURACION DEL TRATAMIENTO
NEUMOCOCO	Bencilpenicilina procainica 500000 – 1000000 Ui Im c/dia IM	Eritromicina: Niños: 25-50 mg kg/d Adultos: 250 - 500 mg, C/ 6hs. vía oral	Por 10 - 14 d.
	Fenoximetilpenicilina. Niños < 1 a 62,5 mg cada 6 h, 1 - 5 a 125 mg cada 6 h y > de 6 a 125 mg Adultos: 250 a 500mg cada 6 h vía oral		
HAEMOPHILUS	Amoxicilina: Niños: 50-100 mg/kg/d adultos: 250-500 80 mg cada 8 h , vía oral	Trimetropim/sulfametoxazol 800/160mg VO c/12Hs.	Por 10-14 días
DIPLOCOCO PNEUMONIAE	Penicilina Procainica 400000 a 800000 UI IM c/24Hs.	Ertitromicina 30-50mgKg/día	Por 5 a 10 días.
Staphylococcus aureus resistente a la Penicilina	Oxacilina 50 a 10mg/Kg/día, VO	Cefalosporinas 50 a 100mg/kg/día,VO o IM	Por 7 a 10 días

- Si se sospecha M. catarrhalis o H. Flu beta lactamasa:
- Amoxicilinaclavulonato.
- Cefuroxime.

Fallo de tratamiento con alguno de los antibióticos de arriba por 3 días, cambiar por antibióticos de amplio espectro:

- o Amoxicilinaclavulonato 45 mg/Kg/día dividido en dos dosis.
- o Azitromicina 10 mg/Kg en día #1, luego 5mg/Kg en días #2 # 5.
- o Cefuroxime axetil 30 mg/Kg/día dividido bid.
- o Cefaclor 40 mg/Kg/día dividido tid.
- o Loracarbef 30 mg/Kg/día dividido bid.
- o Claritromicina 15 mg/Kg/día dividido bid.
- o Ceftriaxona 50 mg/Kg/día en una dosis única IM

Tras la elección del tratamiento antibiótico, éste se debe mantener durante 10 días (excepto si es

azitromicina: 5 días), aunque recientes estudios revelan que quizá fuera suficiente con 8 días y dejar la pauta clásica para pacientes con antecedentes de OMA recidivante o con factores de riesgo.

### PROFILAXIS

Algunos estudios han demostrado que la amoxicilina, en dosis de 20 mg/kg/día en una dosis por 4 a 6 meses, es efectiva en la prevención de OMR; dicha forma de administración no sobrepasa la CIM durante un porcentaje adecuado (40-50%) de intervalo de dosificación y por esto induce simultáneamente un aumento en el número de bacterias productoras de b-lactamasas.

Lo contrario se ha observado al administrar sulfisoxazole a dosis de 50 mg/Kg/día por el mismo tiempo, el cual previene la OMR sin aumentar la incidencia de cepas productoras de b-lactamasas

### VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA

Aparición en fase aguda:

- Otitis del recién nacido
- Otitis en menos de tres meses que no mejoren precozmente.
- Otitis sin mejoría tras 7 días de tratamiento.
- Aparición de signos y síntomas de complicaciones intratemporales.
- Aparición de síntomas y signos de complicaciones intracraneales.
- Otitis en niños con inmunodeficiencias o enfermedades contaminantes graves.
- Otitis con otalgia intensa resistente al tratamiento analgésico.

Aparición en fase residual o evolución crónica:

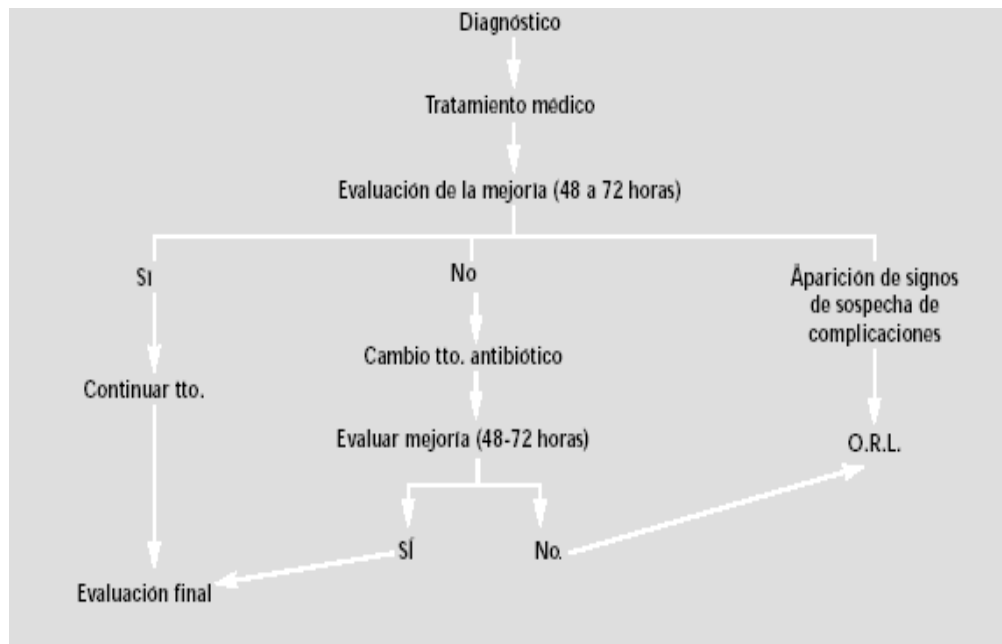
- Presencia recurrente: tres o más en 6 meses.
- Cinco o más en 12 meses.
- Dos o más en los primeros 6 meses de vida.

- Otitis serosa crónica de evolución tórpida.
- Hipoacusia mantenida o trastornos del lenguaje.
- Sospecha de aparición de colesteatoma.

### IX. PREVENCIÓN

- Reforzar la alimentación con seno materno.
- Alimentar al niño sentado.
- Evitar la exposición pasiva al humo del tabaco.
- Limitar la exposición a muchos niños.
- Educar a niños y adultos en técnicas adecuadas de lavado de manos.
- Limitar la exposición a personas con infecciones respiratorias altas.
- Evitar o eliminar el uso del chupón.
- Controlar si las inmunizaciones están al día.
- Quimioprofilaxis.

### X.- ALGORITMO DE MANEJO



### XI. REFERENCIAS

1. Aguayo F, Salvatierra E, Zabala R. Otitis Media Aguda. Rev Pacea Med Fam 2005; 2(1):87-92.
2. Trigueros J. Otitis Media Aguda, Medicina General 2000; 25:575-589.
3. Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología. Manejo de la Infecciones Respiratorias agudas. Rev Cubana Farm 2002; 36(2):138-40.
4. Sierra H, Schultz M, Loaiza C, Arguedas A. Otitis media: Conceptos actuales. AMC, Julio-Setiembre 2004; 46 (3):125-131.
5. Hernandez P, Hernandez S. Otitis Media Aguda Guía para Manejo de Urgencias. Capítulo VIII. 969-974.
6. Muñoz P, Canela J. Manejo de la Otitis Media Aguda en la Infancia. Editorial: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. España 2001.
7. Legrand G, Mouillet J, Gouteyron J, Dubreuil C. Las Otalgias. La Homeopatía en ORL. Ediciones Boiron. España. 2006
8. González G, Martínez A, Ruiz J. Otitis media aguda Guía ABE. Otitis media aguda 2008; 2:1-6.

9. Hijano F. Otitis Media Aguda. An Pediatr Monogr 2003; 1(1):3-9
10. Del Castillo F. Tratamiento de la Otitis Media Aguda frente a Actitud expectante. An Pediatr Contin 2004;2(5):300-2.
11. Perelló E, Lorente J, Maeso J, Casamitjana F. Atlas de Tratamiento y Diagnóstico en ORL.1ra ed Barcelona (España): Ediciones Temis; 2006.
12. Sarrell EM, Cohen HA, Kahan E. Tratamiento de la Otitis Media: Eficacia de la Gotas Naturopáticas vs Tratamiento con Antibióticos. Archivos en Medicina Familiar enero-marzo 2007 Vol. 9 (1) 31-39.
13. Navazo A. Tratamiento de la Otitis Media Aguda. BOL PEDIATR 2008; 48: 189-193
14. Santolaya M. Otitis Media Aguda. Diagnóstico y Tratamiento. Rev Chil Infect 2007; 24 (4): 297-300.
15. Mejía H, Mendoza A. Otitis Media Aguda. Rev Soc Bol Ped 2001; 40(3)
16. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida) De La Biblioteca Cochrane Plus 2007; (4)
17. Martínez R. Otitis Media Aguda Infantil. Guías Clínicas 2005; 5 (27).
18. Brahm P, Rojas P. Diagnóstico de Otitis media Aguda en Atención Primaria. Disponible en : URL: <http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/articulos/179.html>
19. Sih T. Otitis Media Recurrente. Disponible en: URL: [http://encolombia.com/otorrino\\_vol27-2-99otitis2.htm](http://encolombia.com/otorrino_vol27-2-99otitis2.htm)
20. Wing A. Otitis Media y Externa.2008. Disponible en URL: <http://www.aspame.net>.
21. Otitis media aguda. Disponible en URL: <http://www.saluddealtura.com>.