

Otitis media aguda

Beraldo M, Cruz W, Dondoglio P, Juchli M

Definición

La otitis media aguda (OMA) es una inflamación mucoperióstica del oído medio (trompa de Eustaquio, cavidad timpánica, antro y celdas mastoideas). Este revestimiento es parte del epitelio respiratorio. Los síntomas son de inicio agudo.

Etiología

El estudio por cultivo del líquido del oído medio por paracentesis muestra los siguientes resultados:

Sin rescate	35%-40%
Bacteriano	30%-35%
Viral	30%

Dentro de los cultivos bacterianos, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* representan el 80% y *Moraxella catarrhalis* el 10%. En menor frecuencia estreptococo beta hemolítico del grupo A, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia trachomatis*; en inmunosuprimidos *Staphylococcus aureus* y muy excepcionalmente *Pseudomonas aeruginosa*.

En recién nacidos y lactantes pequeños se aislaron gérmenes gram(-) (*E. coli*).

El 100% de *Moraxella catarrhalis* y entre 10% y 15% de *H. influenzae* son beta lactamasa positivo, dependiendo de la prevalencia en la zona estudiada.

Los agentes virales aislados (virus sincicial respiratorio, influenza, parainfluenza, rinovirus y adenovirus) son los más habituales.

Epidemiología

Tiene mayor incidencia en niños de 3 a 36 meses. Se asocia con cuadros de infección de vías aéreas superiores.

Los factores que predisponen a padecer OMA son: sexo masculino, ausencia de lactancia materna, uso de biberón en posición horizontal, historia familiar de otitis, fumador pasivo, hacinamiento, guardería, sondaje intranasal crónico, síndromes genéticos (síndrome de Down), anomalías faciales de la línea media (hendidura palatina, micrognatia), deficiencias inmunológicas congénitas o adquiridas.

Factores de riesgo para la adquisición de bacterias resistentes:

- Uso de antibióticos en el mes precedente.
- OMA persistente o recurrente.
- OMA durante la recepción de profilaxis antibiótica.

- Edad menor de 2 años.
- Concurrencia a guardería.

Formas clínicas

Por lo común, existe el antecedente previo de un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores.

Síntomas inespecíficos: hipertermia (40%-70%), irritabilidad, letargia, dolor a la deglución, inapetencia, rechazo del alimento, posición antálgica de la cabeza, o colocación de sus manos sobre la oreja en forma reiterada, vómitos y diarrea, tinnitus o acúfeno (es infrecuente).

Específicos: otodinia (30%), otorrea, hipoacusia y vértigo.

Diagnóstico

Examen físico

Incluye la otoscopia y un correcto examen de la cabeza y el cuello. La otoscopia consiste en examinar:

- Superficie: la pérdida de concavidad o abombamiento es indicativa de aumento de presión en el oído medio por un derrame. En recién nacidos, a menudo, la membrana timpánica se encuentra en una posición oblicua extrema con la cara superior proximal al observador.
- Color: rojizo por congestión o blanco amarillento.
- Brillo: su ausencia o presencia no es de ayuda para el diagnóstico. En lactantes menores es normal observar despulimiento con disminución o ausencia del reflejo luminoso.
- Nivel hidroaéreo: a veces presente pero puede observarse también en la otitis media con efusión.
- Cambios estructurales: perforación si hay otorrea.
- Movilidad: es la característica más sensible para saber si hay efusión en el oído medio y se la determina mediante el uso del otoscopio neumático.

Exámenes complementarios

- Timpanometría o impedanciometría: en caso de OMA se obtiene un patrón plano (no hay motilidad), pero su uso no es de rutina para el diagnóstico.
- Audiometría: es de valor limitado en el diagnóstico de OMA, pero si es útil para valorar su repercusión luego del episodio agudo, sobre todo si persiste derrame en el oído medio.
- Diagnóstico bacteriológico: cultivo del líquido del oído medio, obtenido por aspiración con aguja a través de la membrana timpánica intacta (timpanocentesis). Se realiza si el paciente presenta síntomas tóxicos o una infección no controlada.

Extraído del Libro: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Segunda Edición. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2012. Para mayor información escribir a: info@journal.com.ar

Diagnóstico diferencial

Debe diferenciarse de otros dolores originados fuera del oído medio (otalgia) como otitis externas, dolor en la articulación temporomandibular, faringitis, odontalgias, etc.

Criterios de internación

- Niños pequeños (menores de 2 meses).
- Pacientes gravemente enfermos.
- Inmunocomprometidos, incluidos los desnutridos de tercer grado.
- Complicaciones supurativas endocraneales o exocraneales (mastoiditis, parálisis facial periférica, absceso cerebral, meningitis, etc.).

Tratamiento

El tratamiento que debe realizarse en las primeras 48 horas se menciona en la Tabla 21.4.1.

El paciente es revalorado a las 48-72 horas. En función de estas premisas, los antibióticos recomendados para el tratamiento (ya sea en la primera consulta o luego de la observación, si el paciente no mejora) son los que se detallan en la Tabla 21.4.2.

A las 72 horas se deberá reevaluar al paciente. Si la evolución clínica es buena deberá completar el tratamiento y realizar un nuevo control al finalizarlo. Si la evolución es mala porque persiste la fiebre o el dolor (OMA persistente) se debe considerar la timpanocentesis (en pacientes de riesgo) y la rotación antibiótica.

Los pacientes menores de 2 años, con otitis media aguda supurada, OMA persistente o recurrente y los inmunosuprimidos, recibirán tratamiento por 10 a 14 días.

En niños mayores de 2 años con enfermedad inicial sin signos de gravedad, franca mejoría sintomática y resolución otoscópica, los tratamientos antibióticos iniciales puede abreviarse a 7 días.

En caso de perforación timpánica pueden administrarse gotas óticas con quinolonas e hidrocortisona (nunca con aminoglucósidos o cloranfenicol por ser ototóxicas). El paciente con otorrea deberá ser sometido a toilette, si esta persiste más allá de las 48 horas de instaurada la terapia antibiótica. El paciente debe ser advertido de la inconveniencia de mojar el oído por la posibilidad de sobreinfección con gérmenes del conducto.

En caso de extremo dolor, el uso de 0,1 mg/kg/día de beta-

metasona o 1 mg/kg/día de metilprednisolona por 3 días o la realización de una miringotomía, pueden ser opciones válidas para tener en cuenta.

Se contraindica el uso de antihistamínicos y descongestivos en el tratamiento de la OMA.

Prevención

Vacunas

- Antigripal: disminuye la incidencia de OMA en caso de recurrencias.
- Antineumocócica: en caso de OMA recurrente solo reduce en un 7% el número de episodios.
- Anti-*Haemophilus influenzae b*: no influye sobre OMA (causada por cepas no tipificables).
- Vacunas inespecíficas: no hay evidencias comprobadas de su valor.

Medidas higiénicas y dietéticas

- Fomentar la lactancia materna en el primer trimestre.
- Evitar inmersión en agua sin protección nasal.
- No administrar biberón en posición horizontal.
- Reducir el uso del chupete más allá de los 3 meses, sobre todo si concurre a guardería.
- Evitar el tabaquismo pasivo, sahumeros, braseros, etc.
- Es recomendable administrar xylitol en goma de mascar a niños de segunda infancia o en aerosol nasal a cualquier edad.

La administración de quimioprofilaxis debe ser restringida a los pacientes con patología recurrente documentada de manera adecuada y su duración no debe ser mayor a 6 meses. Se indicarán 5 mg/kg/d de trimetoprima-sulfametoxazol en una sola toma diaria. Se sugiere la consulta previa con el especialista.

Criterios de internación

- Paciente con diagnóstico incierto de OMA.
- Paciente con indicación de paracentesis, idealmente previa a la medicación antibiótica.
- Otitis media complicada (no incluye otitis media supurada).
- Otitis media recurrente (una vez resuelto el episodio agudo).
- Paciente con indicación de toilette por otitis supurada que persiste más de 48-72 horas luego de la medicación antibiótica.
- Otitis media crónica supurativa.
- Otitis media crónica con efusión.

TABLA N° 21.4.1 Tratamiento durante las primeras 48 horas

Edad	Certeza diagnóstica	Diagnóstico incierto ¹
< 6 meses	Terapia antibiótica	Terapia antibiótica
6 meses a 2 años	Terapia antibiótica	Terapia antibiótica, si está gravemente enfermo ² Observación ³ si no está gravemente enfermo
≥ de 2 años	Terapia antibiótica, si está gravemente enfermo	Observación ³ , si no está gravemente enfermo

¹ Derivar a ORL para correcto diagnóstico. ² Fiebre ≥ 39 ° C en las 24 h previas, otalgia grave, perforación o juicio clínico de enfermedad grave o toxicidad.

³ La observación solo es una opción si puede ser correctamente controlado y medicado si los síntomas persisten o empeoran dentro de las 72 horas.

TABLA N° 21.4.2

Tratamiento antibiótico inicial

Si no recibió antibióticos en el último mes	Recomendado	Amoxicilina: 80-90 mg/kg/día, cada 8 o 12 h
	Alérgicos a penicilina	Alergia tipo I (anafilaxia, urticaria): Azitromicina: 10 mg/kg/día por 5 días, o Claritromicina: 15 mg/kg/día, cada 12 h por 10 días Otros tipos de alergia: 30-40 mg/kg/día de cefuroxima cada 8-12 h por 10 días
	Pacientes menores de dos meses, con vómitos, diarrea profusa o con cuadro tóxico	Ceftriaxone: 50 mg/kg/día cada 24 h por 3 días
Si recibió antibióticos en el último mes, si tiene otitis recurrente o si ha fallado el tratamiento realizado	Recomendado	Amoxicilina – ácido clavulánico: 80-90 mg/kg/día de amoxicilina en relación 7:1 o 14:1 cada 8 o 12 h por 10 días, o Cefuroxima: 30-40 mg/kg/día cada 8 o 12 h por 10 días
	Alternativa (menores de 2 meses, cuadros graves, diarrea profusa o vómitos, tratamiento previo con amoxicilina – clavulánico o cefuroxima, falta de adhesión al tratamiento)	Ceftriaxone: 50 mg/kg/día cada 24 h por 3 días
	Alérgicos a penicilina	Alergia tipo I (anafilaxia, urticaria): 50 mg/kg/día de ceftriaxone cada 24 h por 3 días Otros tipos de alergia: 30-40 mg/kg/día de clindamicina cada 8 h por 10 días

Bibliografía

American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Clinical Practice Guideline. Pediatrics 2004; 113: 1451-65.

McCormick DP, Chonmaitree T, Pittman C, et al. Nonsevere Acute Otitis Media: A Clinical Trial Comparing Outcomes of Watchful Waiting Versus Immediate Antibiotic Treatment. Pediatrics 2005; 115: 1455-65.

Paganini H. Tratamiento antimicrobiano de las infecciones en pediatría. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana, 2005.

Paradise JL. Otitis media aguda recurrente y otitis media con efusión. JAMA 2002; 288: 2589-97.

Pelton S. Enfermedades Infecciosas pediátricas. Clin Pediatr Norteam 2005; 52: 711-28.

Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, et al. Wait-and-See Prescription for the Treatment of Acute Otitis Media A Randomized Controlled Trial. JAMA 2006; 296: 1235-41.