

OTITIS MEDIA AGUDA

AUTOR

Prof. Dr. Diego Manuel Sifuentes Cock M.P.Nº 38275/3

Esp. en O.R.L. M.E.Nº 19864

Profesor Adjunto UCC

Docente Carrera de Posgrado en Otorrinolaringología. Universidad Católica de Córdoba.

Medico Otorrinolaringólogo. Unidad de Otología. Clínica Universitaria Reina Fabiola

DEFINICIÓN:

Otitis Media Aguda (OMA) es una inflamación aguda del oído medio, generalmente secundaria a una infección bacteriana o viral. Esta inflamación se caracteriza por la presencia de exudado en el oído medio, lo que puede provocar dolor, fiebre y disminución de la audición. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos de inflamación y/o exudado en el oído medio.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

La OMA es la causa más común de infección bacteriana en niños y es la patología que mayor efecto económico, médico y social tiene en nuestro medio. La **prevalencia** de la otitis media aguda en *niños menores de 2 años* es de alrededor del 80%, y disminuye a alrededor del 20% en *niños mayores de 6 años*.

En términos de **incidencia**, se estima que aproximadamente el 90% de los niños habrá tenido *al menos un episodio de otitis media aguda* antes de cumplir 3 años de edad.

Esta guía está basada en publicaciones resultantes de metanálisis y revisiones sistémicas realizadas en Latinoamérica, EEUU y Europa. Se incluirá en la presente publicación la experiencia mundial referente al diagnóstico y tratamiento de OMA en niños comprendidos desde los 2 meses de vida hasta los 18 años, publicados en PUBMED, COCHRANE, MEDLINE, donde se considera a OMA **sin complicaciones**. Están excluidos del siguiente trabajo los niños con inmunodeficiencia, anomalías craneofaciales o presencia de patologías concomitantes (fibrosis quística) y con tubos de ventilación.

El período neonatal, entendiéndose por ello a los 2 primeros meses de vida, no está incluido en el presente trabajo por ser ésta una patología poco frecuente en este grupo etáreo.

ETIOLOGÍA

Cultivos de material de oído medio tomados por punción-aspiración en condiciones estériles en el Hospital Infantil Municipal de la Ciudad de Córdoba coinciden con estudios publicados por el hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba y el Hospital Gutiérrez de la ciudad de Bs. As; los cuales concuerdan con publicaciones internacionales en donde la prevalencia de los gérmenes productores de OMA en niños corresponde a:

- 1) 50% por *Streptococo Pneumoniae*
- 2) 40% por *Haemophilus Influenza*
- 3) 2% por *Moraxella Catarralis*.

Actualmente existen modificaciones en la resistencia de estos organismos a Beta lactámicos siendo del 35% en para *S. Pneumoniae*, 40% para *Haemophilus. Influenzae* y un 80% para *M. Catarralis*.

Existe evidencia de un aumento de la prevalencia de *H. Influenzae* con respecto a *S. Pneumoniae* probablemente relacionado a la inmunización contra dicho agente (Vacuna Heptavalente- PCV7).

CUADRO CLÍNICO

Se debe tomar como criterio diagnóstico exclusivo de OMA la presentación **simultánea** de:

- 1- Comienzo agudo de los síntomas
- 2- Evidencia de inflamación de oído medio
- 3- Presencia de líquido en oído medio

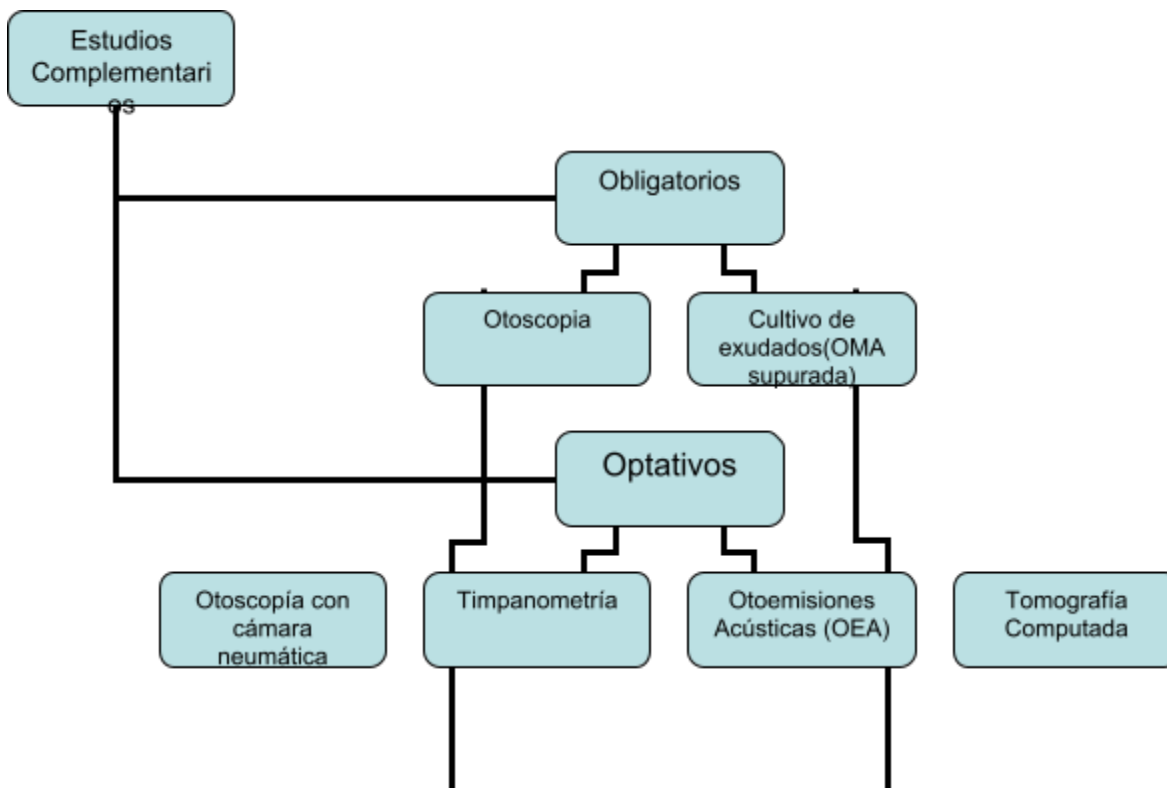
Otalgia, congestión timpánica, y fiebre aisladas no deberían estar asociados por si solos a OMA si no se adecúan a los 3 criterios fundamentales anteriormente nombrados. Es importante agregar que irritabilidad, despertar nocturno, pobre alimentación, conjuntivitis y ocasional inestabilidad no son síntomas específicos de OMA.

Para una correcta otoscopia es importante disponer de una excelente luz, del espejo adecuado al tamaño del conducto auditivo externo (CAE) y una completa limpieza de restos de cerumen y epidermis, de modo tal que se pueda visualizar la membrana timpánica en su totalidad.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

En el caso de que existan dudas con respecto a la ocupación del oído medio existen métodos de diagnóstico que se pueden utilizar para comprobar la presencia de líquido en oído medio.

Al momento de hacer el diagnóstico hacemos especial mención al uso de la otoscopia neumática, que nos brinda información a cerca de la movilidad timpánica. Estimulamos y aconsejamos el uso de dicho procedimiento para el diagnóstico de OMA, debido al poco uso de la otoscopia neumática por parte de los otorrinolaringólogos y pediatras en general.



TRATAMIENTO

En términos generales y ante la falta de un cultivo inmediato, el tratamiento de OMA es empírico, basado en la prevalencia de los gérmenes patógenos más frecuentes causantes de OMA y en el antecedente si el paciente ya ha sido medicado anteriormente.

El 80% al 90% de las OMA tienen resolución espontánea con tratamiento sintomático del dolor y la fiebre. Se reserva el uso de antibióticos solo para quienes los síntomas no mejoran luego de 48 a 72 Hs, pacientes menores de 2 años de vida o en los casos en los que la otitis sea bilateral.

Es importante mencionar el consentimiento y compromiso de los padres o cuidadores del niño al momento de tratar la OMA solo con analgésicos y antifebriles durante las primeras 48-72 Hs.

Antibióticos:

- 1) Amoxicilina: 40-45 mg/Kg/día es la droga de elección para el tratamiento inicial de OMA sin antecedentes en los últimos 90 días de tratamiento antibiótico. En los casos en que el paciente tenga este antecedente se debe elevar la dosis de amoxicilina a 80-90 mg/Kg/día.
- 2) Cefuroxima Acetil VO a 30 mg/kg/día en pacientes con alergia a b-lactámicos, debido a que la incidencia de reacción cruzada a cefalosporinas es menor al 2%.

En caso de alergia a las penicilinas

- 3) Claritromicina a 15 mg/Kg/día. TMP/SMX 6 a 12 mg/Kg/día o azitromicina 10mg/Kg/día los primeros 5 días y 5mg/Kg/día 4 días.

En casos de alergia probada o no a penicilina debería considerarse la derivación al ORL para miringotomía.

Duración de Tratamiento:

La duración del tratamiento se indica hasta la curación otoscopia. Se debe indicar al menos:

-Menores de 2 años: 10 días

-mayores de 2 años 5 días.

En caso de fracaso al tratamiento inicial se debe realizar la derivación al médico especialista.

Nota: Descongestivos, antihistamínicos y esteroides locales y sistémicos no están recomendados.

MANEJO DEL PACIENTE (Niveles de atención)

Primer Nivel: OMA sin complicaciones en niños entre 2 meses y 18 años de vida con buena respuesta al tratamiento.

Segundo nivel: OMA en lactantes. OMA que no responden a tratamiento medico o en alérgicos a penicilina para valorar posibilidad de miringotomía, OMA de evolución tórpida. 3 episodios de OMA en 6 meses o 4 en un año.

Tercer nivel: OMA complicadas (Mastoiditis, Meningitis, Parálisis facial, trombosis de seno sigmoideo, etc.).

Factores de riesgo:

Las infecciones de las Vías Aéreas Superiores se consideran como factor de riesgo de contraer una OMA, ya sea:

- a- La infección viral de la vía respiratoria
- b- la colonización bacteriana de la nasofaringe.

Reducen estos factores de riesgo:

- 1- Cuidado en la casa
- 2- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses reducen la incidencia de OMA un 13% y por 6 meses un 50% en el primer año de vida.
- 3- Evitar el uso de chupete (el uso de chupete aumenta un 30% el riesgo de contraer OMA).

- 4- Ambiente libre de tabaco.
- 5- Vacunación contra virus influenza
- 6- Vacuna contra *S. Pneumoniae* reduce la incidencia de OMA.

RIESGO DE IATROGENIA

Se deben realizar una historia clínica completa indagando a cerca de los antecedentes, signos y síntomas del paciente; con un examen no solo dirigido al oído en particular, sino teniendo valoración global de la situación a los fines de evitar pasar por alto cualquier complicación asociada a la OMA.

Ante un paciente de estas características debemos prestar especial atención a descartar cualquier signo de OMA complicada (Mastoiditis, Meningitis, Parálisis facial, trombosis de seno sigmoideo, etc.). Si existe sospecha de cualquiera de estas complicaciones se debe derivar al especialista con carácter de **urgencia**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenfeld, R. M., Shin, J. J., Schwartz, S. R., et al. (2020). Clinical practice guideline (update): Otitis media with effusion. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 162(2_suppl), S1-S55. doi: 10.1177/0194599820909350
2. Thompson, P. L., Gilbert, R. E., Long, P. F., & Saxena, S. (2020). Meta-analysis of the efficacy and safety of a single dose of ceftriaxone for the treatment of acute otitis media in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 39(5), 385-389. doi: 10.1097/INF.0000000000002591
3. Shaikh, N., & Hoberman, A. (2020). Acute otitis media: Recent advances in diagnosis and management. *F1000Research*, 9, F1000 Faculty Rev-1122. doi: 10.12688/f1000research.25020.1 (Citado 57 veces)
4. Liew, M. F., Koh, M. J. A., & Ting, D. H. W. (2021). Acute otitis media in children: Management and prevention. *Singapore Medical Journal*, 62(5), 212-218. doi: 10.11622/smedj.2021023
5. Kaleida, P. H., & Shaikh, N. (2021). Acute otitis media: A practical guide to diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 103(7), 401-408.
6. Di Mauro, G., Caroppo, M. A., Ricchetti, A., et al. (2021). Acute otitis media in children: From diagnosis to treatment. *Pediatric Reports*, 13(2), 81-87. doi: 10.4081/pr.2021.9326
7. Le, T., & Prisman, E. (2021). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic suppurative otitis