

OTITIS

María Victoria Pérez López. Médico Residente de medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

Pascual Piñera Salmerón. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

OTITIS EXTERNAS

Se produce por la inflamación del canal auditivo externo, a causa de infecciones, alergia o alteraciones cutáneas.

Tipos de otitis externas, etiología y diagnóstico.

	Otitis externa localizada aguda	Otitis externa difusa aguda (oído del nadador)	Otitis externa maligna	Otitis externa bullosa hemorrágica o miringitis bullosa
Factores predisponentes	Obstrucción de una glándula pilosebácea	Maceración de la piel	Pacientes inmunodeprimidos y diabéticos	Coincide con proceso gripal
Etiología	S.Aureus	P. Aeruginosa	P. Aeruginosa	Virus o Mycoplasma Pneumoniae
Clínica	Otalgia	Otalgia, signo del trago positivo y tracción positiva	Otalgia muy intensa con tejido de granulación del conducto. Afectación de pares craneales.	Otalgia intensa
Otoscopia	Edema, eritema. Se observa forúnculo	Edema con estrechamiento del CAE (conducto auditivo externo). Hipoacusia y secreción serosa	Secreciones ocre verdosas	Ampollas hemorrágicas en el tímpano y la piel del CAE
Tratamiento antibiótico	Vía Oral: Cloxacilina 500 mg/8hs; amoxicilina-clavulánico 875mg/8hs. Gasa en el CAE con mupirocina durante 7 días, cambio diario	Vía Tópica: Ciprofloxacino+Mometasona o Gentamicina + Dexametasona 3-4 gotas/8horas 7 días o Ciprofloxacino monodosis cada 12 hs.	Vía endovenosa: Ceftazidima o Ciprofloxacino endovenoso.	Vía Tópica: Gentamicina+Dexametasona 3-4 gotas cada 12 hs

Tratamiento no farmacológico

- Limpieza del conducto auditivo.
- Calor local seco.
- Evitar la humedad y la entrada de agua.

Tratamiento farmacológico

- Ibuprofeno o paracetamol cada 8 horas si dolor.
- Antibiótico de forma empírica según tipo de otitis externa.

Precisan ingreso hospitalario los siguientes pacientes

- Inmunodeprimidos.
- Diabéticos con sospecha de otitis externa maligna.
- Otitis externa grave con extensión más allá del conducto auditivo externo.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Proceso agudo inflamatorio y/o infeccioso de la mucosa que tapiza las cavidades del oído medio. Generalmente secundaria a infección de las vías respiratorias altas.

Es una enfermedad poco frecuente en adultos. En los niños la edad de presentación es entre 6 meses y los 3 años..

Aproximadamente en un 85 % de los casos se resuelve de manera espontánea.

ETIOLOGIA

Streptococo pneumoniae 40 %
 Haemophilus influenzae 25 %
 Moraxella Catarrhalis 10 %

Grupo Streptococcus A 3
 Staphylococcus aureus 2 %
 Etiología viral 20-30 %

CLASIFICACION

OMA esporádica

OMA de repetición

- OMA persistente: recaída antes de 7 días de la curación del proceso anterior
- OMA recurrente: recaída después de 7 días.
- Predisposición a OMA: > 3 episodios en 6 meses o > 5 episodios en 12 meses

DIAGNOSTICO

Coinciden con una infección del tracto respiratorio superior (70-90 %)

	CLINICA	OTOSCOPIA
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> - Otolgia intensa de tipo pulsátil, con o sin fiebre asociada. - Hipoacusia - Acufenos - Otorrea si perforación de membrana timpánica - Sensación de plenitud o cuerpo extraño 	<ul style="list-style-type: none"> • Membrana timpánica hiperémica, opaca y abombada. • Se puede observar perforación timpánica
Niños	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Dificultad para dormir - Irritabilidad - Se tironea de las orejas - Disminución del apetito - Nauseas, vómitos, diarrea 	

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE OMA

OMA confirmada

- Otorrea en las últimas 24 – 48 hs u
- Otolgia en las últimas 24 – 48 hs más abombamiento timpánico, con o sin fuerte enrojecimiento.

OMA probable

- Sin ototalgia. Evidencia de exudado en el oído medio, con fuerte enrojecimiento timpánico + catarro reciente.
- Sin otoscopia. En el niño otalgia explícita.

INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO

- Inmunodeprimidos.
- Complicaciones:
 - Mastoiditis. } Intratemporal
 - Laberintitis
 - Petrositis
 - Absceso cerebral
 - Meningitis otógena } Intracraneal
 - Tromboflebitis otógena

TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA EN ADULTOS

Tratamiento de elección	No factor riesgo: Amoxicilina 1000 cada 8 hs, 10 días. Vía oral. Niños: Amoxicilina 80-90 mg/kg/día cada 8 hs, máximo 1,5 g/día 5-7 días. Si empeoramiento o permanencia de clínica: Amoxicilina-Clavulánico 875/125 mg cada 8 hs, 10 días. Niños: 80-90 mg/kg/día, 10 días máximo 3g/día 10 días.
Paciente alérgico	Eritromicina 50 mg cada 6 hs, 10 días o Claritromicina (250-500 mg dividido en 2 dosis, 10 días. Niños: eritromicina con sulfisoxazol (50-150 mg/kg día en 4 dosis), azitromicina 5 días (10 mg/kg día dosis única y 1-5 mg/kg día en los días 2 a 5) o claritromicina (15 mg/kg día dividido en 2 dosis).
Fracaso terapéutico	Persistencia de sintomatología a pesar del tratamiento. Se aconseja timpanocentesis y cultivo. Niños: 48-72 horas: amoxicilina-ácido clavulánico a 80 mg/kg/día, cefalosporinas orales con actividad frente a beta-lactamasas o

	ceftriaxona intramuscular 50 mg/kg/día 3 días.
OMA persistente	Prolongar el tratamiento 2-3 semanas.
OMA recurrente (recaída tardía)	Tratamiento convencional y valorar la profilaxis en los meses de invierno si se dan más de 3-4 episodios en 6 meses.

Referencias bibliográficas

- 1- E. Martín Echevarría, A. Pereira Julía, S. Lainez y M. Rodríguez Zapata. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de la otitis. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Otitis externa. 2006; p.3497-3498.
- 2- L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Otitis externa. Otoscopia. En: Elsevier. Madrid; 2009; p.821-823
- 3- Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. Tratamiento de la otitis externa. En: SemFYC ediciones. Barcelona; 2007; p.18-19.
- 4- F.J. Candel González, A. Julián Jiménez, M. Martínez Ortiz de Zárate, M. S. Moya Mir, P. Piñera Salmerón. Patologías Infecciosas en Urgencias. Otitis Externa. Ingreso Hospitalario. Tratamiento de otitis media aguda en adultos. En: Laboratorios Menarini, S.A; 2008, p. 90,97.
- 5- C.Figueras Nadal. Diagnóstico y Tratamiento de la otitis media aguda y sus complicaciones y de la otitis externa. Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría. Protocolo de Diagnósticos y Terapéuticos de la Seimc-Seq. Definición de Otitis Media Aguda. HUVH.Barcelona; 2008.
- 6- El oído, la nariz y la garganta. Datos acerca de la otitis media. University of Virginia. Health System. Disponible en :www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_ent_sp/omenfctn.cfm
- 7- Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Etiología de Otitis Media Aguda; 2008. Uptodate.
- 8- F. Baquero-Artigao, A. Méndez Echevarría. Infecciones de Vías Respiratorias Altas. 100 preguntas más frecuentes. Clasificación de Otitis Media Aguda. En:Editores Médicos, S.A. Madrid; 2006; p.32
- 9- J. Cerveraa, M.A. Villafruela, F. del Castillo, A. Delgado Rubio, C. Rodrigo G. de Liria, J.J. Picazo. Sociedad Española de otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.Asociación Española de Pediatría. Cátedra de Microbiología.Hospital Clínico. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. Criterios diagnósticos e indicaciones de derivación a otorrinolaringología. Barcelona;2007.Disponible en: www.elsevier.es/revistas/1695-4033/66/603
- 10-E. Martín Echevarría, A. Pereira Julía, S. Lainez y M. Rodríguez Zapata. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de la otitis. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Tratamiento de otitis media aguda en niños. 2006; p.3499.