

Infecciones de vías respiratorias altas-2: otitis media: etiología, clínica, diagnóstico, complicaciones y tratamiento; otitis media recurrente y otitis media crónica; otitis externa

J. de la Flor i Brú

Centro de Salud Vila Vella. ABS Sant Vicenç dels Horts-1. SAP Baix Llobregat-Litoral. ICS. Barcelona



Resumen

La otitis media es uno de los diagnósticos más frecuentes en una consulta pediátrica de Atención Primaria (AP). Pese a su importancia epidemiológica, el diagnóstico es difícil y sobreutilizado, dado que depende de la combinación de una exploración subjetiva, de complicada interpretación, que suele hacerse en condiciones inadecuadas (otoscopia), y una sintomatología clínica que puede ser muy inespecífica. Es fundamental unificar la terminología y definir y diferenciar: otitis media aguda (OMA), otitis media secretora, con exudado, efusión o derrame (OME), otitis media persistente, otitis media crónica y otitis media de repetición. La OMA es causada fundamentalmente por neumococo y *Haemophilus influenzae* no capsulado. Otros gérmenes implicados (*Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes* y estafilococo) tienen un papel muy marginal. Se discute el papel de los virus como coinfectantes o agentes primarios. La sintomatología clínica consta de síntomas muy específicos (otalgia o su equivalente en lactantes: irritabilidad o tracción del pabellón; hipoacusia de instauración aguda, supuración de instauración aguda procedente del oído medio) y de otros inespecíficos (fiebre, vómitos, diarrea). La otoscopia debe mostrar abombamiento timpánico o, en su defecto, coloración timpánica azulada o amarillenta, o la combinación de hiperemia y matidez. La subjetividad en la interpretación de estos hallazgos hace recomendable la práctica de otoscopia neumática o preferentemente de impedanciometría, que objetivará la presencia de exudado en oído medio. Con la excepción de la mastoiditis, el resto de

Abstract

Otitis media is one of the most frequent diagnosis in a pediatric primary care office. In spite of its epidemiologic significance, diagnosis is very difficult and overrated, given that it is based on the association of subjective physical examination, with complex interpretation, usually performed in not adequate settings (otoscopy), and assessment of clinical symptomatology that may be not specific. It is basic to unify terminology and to define and to make a difference between acute otitis media (AOM), otitis media with effusion (OME), persistent otitis media, chronic otitis media with effusion and recurrent otitis media. AOM is caused essentially by pneumococcus and hemophilus influenzae not typable. Other etiologic agents (moraxella catarrhalis, streptococcus pyogenes and estaphilococcus) are of little significance. Role of viruses are discussed: they may be primary agents or copathogens added to bacteria. Clinical manifestations may be very specific (earache or its equivalence in infants: irritability or rubbing outer ear; suddenly onset hearing loss or otorrhea draining from middle ear) or not specific (fever, vomiting, diarrhea). In order to adequate diagnosis otoscopy must show bulging eardrum, or blue or yellow color, or association of red and dull eardrum. Subjectivity in the assessment of these findings makes advisable the use of pneumatic otoscopy or better yet tympanometry, which improves dramatically the accuracy in the objective diagnosis of otitis media. Saving mastoiditis, acute complications related to acute otitis media are not frequent since general use of antibiotics. Conductive hearing loss is the most

complicaciones agudas descritas en relación con OMA han ido disminuyendo desde la utilización general de antibióticos en esta patología y son excepcionales en la actualidad. El déficit auditivo es la complicación más frecuente a medio y largo plazo, pero sus posibles repercusiones sobre el desarrollo y aprendizaje del niño han sido recientemente cuestionadas.

La OMA es una patología de manejo inicial exclusivo del pediatra de AP. La derivación debe hacerse únicamente ante la sospecha de mastoiditis o de complicaciones neurológicas, y cuando sea imperativo el conocimiento exacto del germen causante o en situaciones de fracaso terapéutico en que la timpanocentesis ejerce un papel diagnóstico y terapéutico en la resolución de la otalgia. El tratamiento de la OMA debe empezar por una correcta analgesia. La utilización o no de antibióticos (ATB) debe fundamentarse en un correcto diagnóstico (con la presencia de dolor o su equivalente en lactantes) y en no tratar otoscopias positivas, sino la combinación de clínica específica y signos otoscópicos sugestivos, preferentemente confirmados con otoscopia neumática y, si es posible, con timpanometría. En determinadas situaciones de poco riesgo (niños mayores de 2 años con clínica leve y sin antecedentes relevantes relacionados con patología de oído medio) la opción de analgesia y seguimiento sin ATB inicial puede ser recomendable. La amoxicilina a altas dosis es el tratamiento de 1ª elección. Cefuroxima es la mejor opción si se utiliza una cefalosporina. Los macrólidos no deben utilizarse, salvo en caso de alergia anafiláctica a la penicilina. Ceftriaxona puede ser una opción a considerar en caso de precisarse la vía parenteral o como último recurso previo a la derivación hospitalaria. El paciente debe ser controlado si no mejora a las 72 horas, tanto si se ha utilizado un antibiótico como si se ha decidido una conducta expectante. La lenta resolución de las anomalías otoscópicas aconseja diferir el control otoscópico a varias semanas después del diagnóstico, y en algún caso incluso a prescindir del mismo.

La OMA supurada, con perforación, debe tratarse siempre con ATB durante 10 días.

La otitis media aguda de repetición (OMAR) y la otitis media con exudado crónica (OMECE) son los problemas crónicos más frecuentes en la consulta del pediatra de AP. Desgraciadamente, no existe para el manejo de estos problemas un consenso que permita recomendar una conducta homogénea. La abundante literatura al respecto muestra conclusiones contradictorias, y el resultado es la utilización de pautas muy distintas, con un enorme gasto derivado de tratamientos médicos y quirúrgicos, en ocasiones de dudosa base científica y de injustificada agresividad. La adenoidectomía, acompañada o no de drenaje transtimpánico, sigue siendo la intervención quirúrgica pediátrica más frecuente en el mundo. Se define como OMAR la

frequent chronic complication, although its classical related implications over the learning and development are recently questioned.

AOM must be managed by primary care pediatrician. Referral must be restricted to suspicion of mastoiditis, neurologic symptoms, or when etiologic agent should be isolated, and tympanocentesis can be a diagnostic and therapeutic tool in order to improve earache. Treatment of AOM must begin in adequate relief of pain. Use or not use of antibiotics must be based in a correct diagnosis (with earache or similar symptomatology in infants) and not based on otoscopic findings alone, but on the association of specific clinical symptoms and suggestive otoscopic signs, better confirmed with pneumatic otoscopy and if possible, with tympanometry. Watchful waiting may be an initial choice in children older than 2 years, without risk factors. High dose amoxicillin is the best choice. Cefuroxime is the best choice if a cephalosporin is preferred. Macrolides must not be used, saving in rare anaphylactic penicillin allergies. Ceftriaxone can be a choice if oral medication is not tolerated and in the last step previously to referral if earache remains in spite of a correct oral antibiotic.

Patient must be reevaluated if improvement is not present at 72 hours, inasmuch an antibiotic was or not initiated. Slow improvement of otoscopic findings makes preferable appoint an otoscopic reevaluation several weeks after diagnosis or even not perform it. Suppurative AOM must be always treated with ten days of antibiotics.

Recurrent acute otitis media (RAOM) and chronic otitis media with effusion (COME) are the most prevalent chronic diseases in primary pediatric care. Unfortunately there is no agreement in the management of this problems, and current management is very heterogeneous. Current research shows different conclusions, with the result of huge wasting of medical and surgical resources, sometimes without evidence and with unjustified aggressivity. Adenoidectomy, with or without placement of tympanostomy tubes is the pediatric surgical procedure most employed around the world. RAOM is the presence of 3 or more attacks in less of 6 months, or 4 or more in less of 12 months, with the last one in the past 6 months. COME is the presence of bilateral effusion more than 3 months, or if unilateral, more than 6 months. Impairment about learning and development are today subject of controversy. RAOM must be managed at first step with control of contributing factors, and in second step in selected cases with antimicrobial prophylaxis and finally with surgical placement of tympanostomy tubes. COME should be diagnosed with objective detection of middle ear effusion (tympanometry). Persistent conductive hearing loss greater of 20 decibels must be considered

presencia de 3 o más episodios de OMA en 6 o menos meses, o 4 o más en 12 o menos meses, siempre que el último de los episodios se haya producido en los últimos 6 meses. Se define como OMEC la presencia de exudado bilateral más de 3 meses o unilateral más de 6 meses. Las repercusiones que sobre el aprendizaje o desarrollo tiene esta patología son actualmente motivo de gran controversia. La OMAR debe ser manejada en primer lugar con la intervención sobre los factores predisponentes y, secundariamente, en casos muy seleccionados, con profilaxis antibiótica. La cirugía debe ser el último recurso. La OMEC debería diagnosticarse mediante técnicas objetivas de detección de exudado de oído medio (impedanciometría). Una repercusión funcional con pérdida de más de 20 decibelios es significativa y debe considerarse como susceptible de tratarse con drenaje transtimpánico. La otorrea en portadores de tubos de drenaje debe tratarse con ciprofloxacino tópico.

La otitis externa se produce generalmente por exceso de humedad en el conducto auditivo. Las normas higiénicas y un tratamiento antibiótico local serán suficientes en la mayoría de casos.

to placement of tympanostomy tubes. Otorrhea in carriers of tympanostomy tubes must be treated with topical cyprofloxacin.

External otitis is produced by moist in external auditive conduct. Higienic counseling and a topical antibiotic will be enough treatment in a vast number of cases.

Palabras clave: Otitis media; Otoscopia; Impedanciometría; Mastoiditis; Otitis media persistente; Otitis media de repetición; Otitis media crónica; Hipoacusia de transmisión; Drenaje transtimpánico; Otitis externa.

Key words: Otitis media; Otoscopy; Impedanciometry; Mastoiditis; Recurrent otitis media; Chronic otitis media; Conductive hearing loss; Tympanostomy tubes; External otitis.

Introducción y epidemiología

La importancia epidemiológica de la otitis media en pediatría de AP viene dada por su frecuencia, por el consumo de recursos sanitarios que comporta y, posiblemente, por sus repercusiones potenciales en el desarrollo y aprendizaje del niño.

La otitis media aguda (OMA) es el diagnóstico más frecuente en una consulta de AP después del resfriado común y de los controles de salud del niño sano. Un 80% de niños de 3 años han experimentado al menos un episodio y un 33% han sufrido 3 o más ataques. El pico de incidencia está entre los 6-18 meses. Esta patología genera un enorme número de visitas espontáneas y controles, y un gasto incalculable derivado de la utilización, no siempre justificada, de fármacos, visitas

a especialistas y procedimientos quirúrgicos. Ante una OMA, el pediatra de AP debe tener 2 objetivos: uno inmediato, orientado a la resolución de un cuadro agudo que comporta, en ocasiones, una afectación seria del estado general, y otro a medio y largo plazo, para preservar la audición del niño, puesto que se considera que la otitis media crónica es la causa más frecuente de retraso del lenguaje y causa común no diagnosticada de retardo global del aprendizaje y de retardo-fracaso escolar debidos a hipoacusia de transmisión; si bien, este concepto empieza a ser cuestionado recientemente.

Definiciones

Durante mucho tiempo ha existido un gran confusiónismo en la terminología

empleada en esta patología. Debe hacerse un esfuerzo para delimitar exactamente los distintos cuadros clínicos y saber con precisión a qué entidad nos estamos refiriendo.

Es muy conveniente clarificar los términos con los que nos referiremos a las distintas variantes de esta enfermedad, dado que existe una gran confusión en la utilización de los mismos⁽¹⁾ (Tabla I).

Se define como **otitis media**: la inflamación de la mucosa del oído medio, acompañada generalmente por la presencia de líquido en dicha cavidad. El oído medio es una cavidad aérea en la que la existencia de cualquier líquido (sea exudado, trasudado, pus o sangre) es siempre patológica.

Si hay sintomatología clínica aguda atribuible a esta presencia de líquido, hablamos de **otitis media aguda (OMA)**.

Tabla 1. Conceptos a definir en otitis media

- Otitis media
- Otitis media con exudado, derrame o efusión (OME)
- Otitis media aguda (OMA)
- Otitis media persistente:
 - Por fracaso terapéutico
 - Por OMA recidivante
- Otitis media con exudado crónica (OMECE)
- Otitis media aguda de repetición (OMAR)

Si no hay sintomatología clínica aguda, la otitis media recibe el nombre de **otitis media secretora, con efusión, exudado o derrame (OME)**. Suele ser un evento evolutivo post infección aguda y, generalmente, se relaciona con la presencia en oído medio de citoquinas y otros mediadores de la inflamación.

La mayoría de especialistas ORL se refieren a esta situación como “otitis serosa”, término en desuso en la literatura pediátrica actual, dado que presupone la esterilidad de dicho derrame, cuando en realidad se cultivan gérmenes en un 20-30% de ocasiones, con mayor prevalencia de virus. Usando técnicas de PCR, se encuentran gérmenes con mucha mayor frecuencia. Estos gérmenes se estructuran recubriendo la mucosa de oído medio en forma de película o *biofilm*, sustancia mucoide de matriz polisacárida que protege las bacterias de la actividad antibiótica y del sistema inmunitario.

La **otitis media sin derrame** es un cuadro menos frecuente en el que la inflamación de la mucosa no se acompaña de exudado.

Si el derrame dura más de 3 meses y es bilateral, recibe el nombre de **otitis media con derrame crónica (OMECE)**. Si el derrame es sólo unilateral, debe durar más de 6 meses para ser catalogado de crónico.

Hablamos de **otitis media persistente** en dos situaciones: cuando persiste la sintomatología aguda (otalgia y/o fiebre) más allá de 72 horas en el curso de un tratamiento antibiótico (**fracaso terapéutico**) o cuando se presenta un nuevo episodio agudo antes de 1 mes de la finalización del tratamiento antibiótico por un episodio anterior (**OMA recidivante**). En estas dos situaciones es

más probable que se cultive el mismo germen aislado en la timpanocentesis inicial. A partir de este límite, un nuevo episodio agudo supone más frecuentemente una reinfección o recurrencia por otro germen que una recidiva por el mismo, y debe considerarse un ataque diferenciado del anterior.

Si un niño experimenta 3 o más episodios de OMA en 6 o menos meses, o 4 en 12 o menos meses, siempre que el último se haya producido en los 6 meses recientes, diremos que sufre de **otitis media aguda de repetición (OMAR)**.

Etiología

En nuestro medio, la OMA debe ser considerada fundamentalmente una enfermedad causada por neumococo y, secundariamente, por *Haemophilus influenzae* no tipable. Otros gérmenes (*Moraxella*, estreptococo, estafilococo) tienen una importancia irrelevante.

Conocer la flora bacteriana causante de OMA obliga a hacer estudios en los que se cultive la secreción de oído medio obtenida por timpanocentesis. No son útiles los cultivos de exudado obtenidos en el conducto auditivo externo a partir de OMA supurada con perforación, que mostrarán invariablemente flora saprofita y especialmente *Pseudomonas*⁽²⁾. La mayor parte de estos estudios provienen de Estados Unidos, y muestran coincidencia absoluta en el orden de frecuencia de las bacterias responsables: neumococo, *Haemophilus influenzae* (HI) no capsulado (con incidencia similar en todas las edades) y *Moraxella catarrhalis*. A mucha distancia, *Streptococcus pyogenes* y estafilococo. Los escasos estudios análogos realizados en España⁽³⁾ muestran la casi total ausencia de *Moraxella*; por lo que, a efectos prácticos, de plantear un tratamiento empírico, se considerarán únicamente neumococo y HI. Estreptococo se aísla más frecuentemente en otorreas espontáneas y en mayores de 5 años, y estafilococo (con creciente incidencia de meticilín resistentes adquiridos en la comunidad/MARSA) en otorreas en niños portadores de drenajes. En ambientes con altas coberturas de vacunación antineumocócica conjugada heptavalente, se ha producido un desplazamiento en las frecuencias etiológicas, con mayor

importancia de HI y reemplazamiento de serotipos vacunales por no vacunales en neumococo. El papel de los virus como agentes etiológicos en OMA ha recibido mucha atención bibliográfica en los últimos años. Hasta un 30% de cultivos presentan ausencia de bacterias. En muchos de ellos se aíslan diversos virus respiratorios, algunos de los cuales parece claro que inducen a la sobreinfección bacteriana posterior (rinovirus, virus respiratorio sincitial, adenovirus, influenza), pero el papel etiológico primario de los mismos no está bien establecido⁽⁴⁾. Es muy frecuente la asociación bronquiolitis VRS-otitis media. La coinfección virus-bacteria es un factor añadido de riesgo de fracaso terapéutico en un tratamiento antibiótico; dado que, los virus favorecen la adhesión bacteriana al epitelio respiratorio y alteran la farmacocinética de los ATB. Es interesante resaltar la frecuente asociación entre VRS y HI, y entre virus de la gripe y neumococo.

Patogenia

La infección vírica de la rinofaringe favorece la aparición de la disfunción de la trompa de Eustaquio, fenómeno que combina la presencia de presiones negativas en oído medio con la dificultad en el drenaje de las secreciones hacia la rinofaringe.

La OMA es una enfermedad íntimamente relacionada con el resfriado común, del que es complicación habitual. Es mucho más frecuente en los 3 primeros años de vida (con un pico claro entre los 6-20 meses), época en la que se producen la mayor parte de infecciones respiratorias, muy especialmente en niños escolarizados. Para entender la patogenia de la otitis media, hay que conocer el funcionamiento de la trompa de Eustaquio⁽¹⁾. La principal función de la trompa de Eustaquio (Fig. 1) es la ventilación del oído medio con aire que proviene de la nasofaringe; ya que, el equilibrio de presiones aéreas entre el conducto auditivo externo y el oído medio favorece una correcta audición. Este equilibrio se consigue con la abertura intermitente de la trompa en cada movimiento de deglución, por acción del músculo tensor del velo palatino. Esta función es menos eficaz en niños que en adultos, lo que comporta ma-

yor frecuencia de presiones negativas en oído medio. Ello justificaría el lloro del lactante durante los cambios de presión en un vuelo: la presión positiva del aire abre la trompa y reequilibra la presión en oído medio. Las otras dos funciones importantes de la trompa son la protección del oído medio de secreciones provenientes de la nasofaringe (que, durante la deglución, pueden penetrar hasta el istmo o estrechez que separa la parte cartilaginosa de la parte ósea de la trompa, pero no hasta el oído medio), y el drenaje de las secreciones de la mucosa del oído medio hacia la nasofaringe. La obstrucción de la trompa por moco comporta el inicio de un complejo mecanismo de inflamación en oído medio. La infección vírica de vías respiratorias altas provoca, además, toxicidad sobre el epitelio respiratorio, causante de disquinesia ciliar en la trompa de Eustaquio (disfunción de la trompa de Eustaquio, DTE), con alteración del aclaramiento normal de secreciones. Los registros timpanométricos muestran DTE en un 75% de casos de resfriado común. El acúmulo de moco en la trompa se acompaña de presión negativa en oído medio, con resultado neto de trasudado de líquido de la mucosa del oído medio, y de aspiración de secreciones nasofaríngeas y facilidad para la sobreinfección bacteriana de las mismas. Este fenómeno está favorecido el primer año de vida por la conformación rectilínea de la trompa y su menor longitud, y a cualquier edad por el tabaquismo pasivo o activo y la alergia nasal. Sin disfunción previa de la trompa de Eustaquio no hay otitis media.

Clínica

La otalgia o sus equivalentes en lactantes (irritabilidad, tracción del pabellón) es el signo capital y de mayor especificidad. La OMA puede acompañarse de otros síntomas (fiebre, vómitos, diarrea) totalmente inespecíficos (Tabla II).

La OMA aparece habitualmente a los pocos días del inicio de un resfriado común, pero no es excepcional que lo haga súbitamente, sin signos catarrales previos aparentes o cuando la infección respiratoria ya parecía haberse resuelto. El síntoma capital, de mayor especificidad, es la otalgia, en ausencia de la

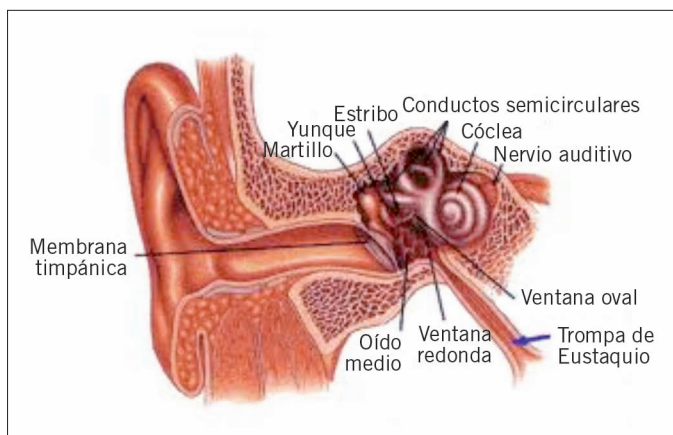


Figura 1. Anatomía de la trompa de Eustaquio.

Tabla II. Signos-síntomas asociados a OMA

- Específicos:**
- Otalgia
 - Equivalente a la otalgia en lactantes:
 - Irritabilidad
 - Tracción del pabellón auricular
 - Hipoacusia de corta evolución sin tapón de cerumen
 - Supuración aguda proveniente de oído medio
-
- Inespecíficos:**
- Fiebre
 - Vómitos
 - Diarrea

Tabla III. Causas de otalgia no debidas a OMA

- Otitis externa
- Faringitis
- Flemón dentario
- Disfunción de la trompa de Eustaquio
- Miringitis

cual o de sus equivalentes no debería diagnosticarse OMA. Sin embargo, su presencia tampoco es patognomónica de OMA (Tabla III): puede ser debida a otitis externa, dolor irradiado a partir de una faringitis, flemón dentario, DTE con presión negativa en oído medio, o miringitis. Es más frecuentemente de aparición nocturna, dado que el cambio de posición del niño al encamarse favorece una mayor presión del derrame sobre la membrana timpánica. Puede ser muy intensa, y es un frecuente motivo de consulta nocturna a los servicios de urgencia. La fiebre es inconstante pero puede ser elevada, especialmente en lactantes. Otros síntomas, menos específicos pero de alto valor predictivo, son la irritabilidad en lactantes, que en ocasiones tiran de los pabellones auriculares hacia abajo o se los frotan con las manos. Se considera equivalente a la otalgia. Los vómitos y/o diarrea, en niños de menos de 3 años, acompañan frecuentemente a la OMA, pero son to-

talmente inespecíficos. Cuando la membrana timpánica se perfora, se visualiza la secreción, que puede ser purulenta o sanguinolenta. La perforación suele seguirse de disminución o desaparición del dolor. La abundante irrigación de la membrana timpánica favorece una rápida cicatrización, a veces en 24-48 horas, que puede condicionar un nuevo acúmulo de secreciones y la reaparición de la sintomatología aguda. La hipoacusia en niños mayores es un signo que acompaña frecuentemente a la OMA y si es de corta evolución tiene gran especificidad. Si bien se consideró clásicamente que la OMA neumocócica tenía una presentación más aguda y la causada por HI solía ser de inicio y evolución más lentos, en la actualidad se considera que el cuadro clínico no permite hacer valoraciones diferenciales en cuanto a la probable etiología⁽⁵⁾.

Diagnóstico

Es muy difícil, dado que la sintomatología puede ser muy inespecífica, la otoscopia se realiza habitualmente en condiciones subóptimas y su interpretación es muy subjetiva.

Pese a ser uno de los más frecuentes que hace un pediatra de AP, el diagnós-

Tabla IV. Hallazgos a valorar en la otoscopia

De gran valor predictivo de OMA:

- Abombamiento timpánico
- Supuración de corta evolución procedente del oído medio

De gran valor predictivo de OME:

- Tímpano amarillento
- Tímpano azulado
- Hiperemia asociada a matidez

Sin valor:

- Hiperemia aislada
- No visualización del triángulo luminoso



Figura 2. Abombamiento timpánico.



Figura 3. Otoscopia neumática.

tico de OMA es muy difícil, puesto que depende de la combinación de una sintomatología clínica en ocasiones inespecífica y de la adecuada visualización e interpretación de las anomalías en la membrana timpánica mediante la práctica de la otoscopia. La otoscopia es una exploración difícil y de valoración subjetiva, por lo que hay que practicarla en las mejores condiciones, con la correcta inmovilización del niño, utilizando el espéculo más ancho que permita el conducto auditivo, con ausencia o poca cantidad de cerumen y utilizando una fuente de luz adecuada; puesto que, cuando se utilizan otoscopios portátiles, unas pilas medianamente gastadas muestran imágenes de hiperemia timpánica. Desgraciadamente, muchas consultas de pediatría de AP no ofrecen las condiciones mínimas para que esta exploración se realice con garantías. La presencia de cerumen obstructivo (posible causa de tos crónica) es uno de los problemas más frecuentes que encuentra el pediatra de AP para realizar una otoscopia correcta. La limpieza directa con curetas se hace a ciegas, con el riesgo de provocar heridas en el conducto auditivo. El lavado directo sin reblandecimiento previo suele ser doloroso, habitualmente ineficaz y debe hacerse con absoluta certeza de la integridad timpánica. El reblandecimiento pre-lavado requiere de varios días, lo que lo invalida como método para el diagnóstico del cuadro agudo. Recientemente, se han comercializado curetas con fuente de luz incorporada que permite una extracción guiada, así como la visualización inmediata de la membrana

timpánica en más del 50% de casos en que el cerumen lo impedía inicialmente.

Es fundamental hacer un breve recordatorio de aspectos básicos de la otoscopia (Tabla IV):

- La membrana timpánica normal es ligeramente cóncava y presenta un color gris perla o rosado pálido, siendo ligeramente transparente y permitiendo una cierta visualización de las estructuras del oído medio.
- Es de valoración especialmente difícil en el periodo neonatal, por la estrechez del conducto y la opacidad de la membrana timpánica.
- La hiperemia aislada sin otros signos acompañantes (abombamiento, matidez, coloración azul o amarilla) no tiene ningún valor, especialmente si el niño llora. Puede significar simplemente miringitis (inflamación de la membrana timpánica), que frecuentemente acompaña a un proceso catarral vírico, sin derrame asociado en oído medio. La miringitis puede ser una fase inicial de la OMA, por lo que el niño que la presente debe ser seguido evolutivamente, u observarse en la fase de resolución de una OMA. La forma ampulosa (miringitis bullosa) es una forma de presentación de OMA, con la misma etiología, aunque en este caso un posible agente etiológico adicional es el *Mycoplasma pneumoniae*.
- La no visualización del triángulo luminoso no tiene ningún valor.
- El color azul o amarillo son sugestivos de otitis media. El tímpano azulado se visualiza más frecuen-

temente en OME, y el amarillo en OMA, pero esta regla no es patognomónica.

- La hiperemia asociada a matidez es sugestiva de otitis media.
- Las placas blancas en la membrana suelen traducir procesos crónicos o cicatriciales (timpanoesclerosis).
- La retracción timpánica marcada es sugestiva de OME.
- Son casi patognomónicos de OMA el abombamiento timpánico (Fig. 2) (excepcionalmente presente en otitis media con efusión) y la presencia de una supuración aguda procedente del oído medio.
- Los clásicos signos “del trago” o “del pabellón” no tienen valor en el diagnóstico de OMA. En cambio, son altamente sospechosos de otitis externa.
- Si estos signos otoscópicos se acompañan de sintomatología clínica aguda y, fundamentalmente, de otalgia o su equivalente de irritabilidad en lactantes, se hará el diagnóstico de OMA.

La otoscopia neumática, extensamente descrita en la literatura internacional, es poco utilizada en nuestro medio, sorprendentemente ni por los especialistas. Su posible valor estaría en mejorar la sensibilidad de la otoscopia visual en la detección de OME, acercándose a los resultados de técnicas objetivas, como la impedanciometría o la reflectometría acústica. La técnica es muy sencilla, puesto que se trata de adaptar un insuflador de goma a la toma de aire que tienen los otoscopios (Fig. 3). Con el espéculo más ancho que permita el conducto del niño se aplica presión negativa (introducción del insuflador totalmente colapsado en el conducto auditivo y dilatación posterior

del mismo, que debe mostrar aproximación de la membrana timpánica hacia el examinador), y luego positiva (contracción del insuflador, que debe mostrar alejamiento de la membrana timpánica del examinador), observando la movilidad de la membrana timpánica. La disminución o abolición de la movilidad es altamente sugestiva de OME. Al igual que en la otoscopia convencional, es preciso que el conducto esté limpio de cerumen para una adecuada valoración. La combinación de los hallazgos obtenidos con otoscopia visual y la valoración de la movilidad timpánica aumentan la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo en el diagnóstico de otitis media, pero sigue sin presentar la correlación suficiente con los resultados obtenidos con técnicas de detección objetiva de exudado en oído medio. La otoscopia neumática sigue siendo una exploración de valoración subjetiva y se necesita experiencia para poder obtener información adecuada, y un grado de sujeción del niño aún mayor, puesto que la duración y la ligera molestia de la exploración es algo mayor, pero la inocuidad y nulo coste de la técnica la hace altamente recomendable en la habitual ausencia de métodos de detección objetiva de OME.

Por la frecuencia del diagnóstico de otitis media, las condiciones generalmente precarias en las que éste se produce y las enormes repercusiones en salud pública que comporta el errar en el mismo (generalmente, por exceso), es muy recomendable que el pediatra de AP pueda disponer en sus consultas de técnicas de detección objetiva de exudado en oído medio. La impedanciometría y la reflectometría acústica son técnicas no invasivas suficientemente validadas que permiten predecir la presencia de dicho exudado con una sensibilidad y especificidad que las aproxima al patrón de oro en el diagnóstico, que es la timpanocentesis, técnica invasiva que debe reservarse a situaciones muy seleccionadas. Existe mayor experiencia con la timpanometría o impedanciometría, que debemos describir brevemente, puesto que el pediatra de AP debería familiarizarse con su uso e interpretación en la consulta diaria⁽⁶⁾. La timpanometría se basa en la transferencia de energía

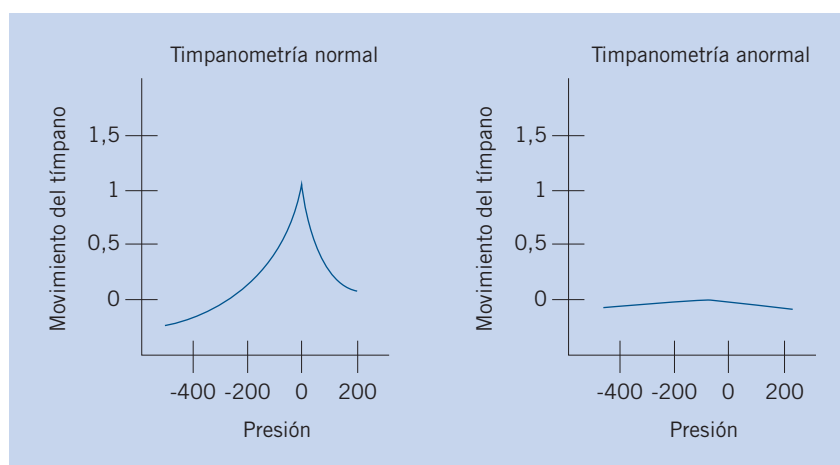


Figura 4. Timpanograma.

acústica de un medio aéreo con poca resistencia (impedancia) a un medio líquido con gran impedancia (cóclea). Si en el oído medio hay líquido que aumenta la resistencia al paso del sonido, se producirá un rebote de energía sonora nuevamente hacia la membrana timpánica, situación que será detectada por el aparato. El timpanómetro aplica automáticamente, en una sola exploración, diferentes presiones que modifican la rigidez de la membrana timpánica. Los cambios pueden verse en una curva llamada timpanograma (Fig. 4), con 3 registros básicos: normal, con una curva picuda y centrada, DTE (curvas desplazadas hacia la izquierda) y OME (curvas planas o indetectables). Además, el timpanómetro nos da información sobre las presiones en oído medio, lo que nos permite valorar la presencia de DTE (presiones negativas en oído medio, causa frecuente de otalgia, en muchas ocasiones asociada a un resfriado común, no acompañada de exudado de oído medio y, por tanto, no susceptible de ser tratada con ATB) y sobre el volumen del oído medio. Cuando hay perforación, se produce una continuidad de cavidades entre oído medio y oído externo, con un registro de volumen aumentado (>1 ml hasta los 7 años y superior a 2 ml en mayores de 7 años), y diagnóstico de perforación timpánica. Este dato es de extraordinario valor para detectar pequeñas perforaciones no visibles otoscópicamente, valorar la funcionalidad de los drenajes transtimpánicos (el niño portador de drenajes funcionales debe presentar volúmenes

equivalentes a una perforación) y hacer el diagnóstico diferencial, clínicamente no siempre sencillo, entre una otitis media supurada (volumen alto) y una otitis externa con otorrea (volumen normal). La timpanometría nos permite también diferenciar entre miringitis asociada a un proceso catarral (hiperemia de la membrana timpánica, con otalgia intensa, posiblemente con presión negativa en oído medio o DTE, pero sin derrame asociado) y OMA. Una curva totalmente plana, registro muy frecuente en OME, nos indica derrame en oído medio y presión negativa (DTE). La timpanometría ofrece resultados fiables a partir de los 7 meses de vida, puesto que la distensibilidad del conducto auditivo externo en menores de esta edad disminuye algo su sensibilidad, pero se mantiene su especificidad. Los timpanómetros modernos son altamente manejables, de poco peso, portátiles, no mucho mayores que un otoscopio convencional, lo que permite incluso su transporte en un maletín de urgencias, y la exploración es rápida, pudiendo optar por imprimir el registro obtenido, o bien visualizarlo e interpretarlo en directo en la pantalla del aparato. Las gráficas obtenidas son de valoración sencilla, fácilmente interpretables con una mínima formación previa, y el examen es totalmente indoloro, siendo muy bien aceptado tanto por los niños como por sus padres. La timpanometría objetiva la presencia de derrame del oído medio, pero no permite diferenciar entre OME y OMA, diferenciación que debe basarse en la interpretación de la clínica.

Complicaciones

Con la excepción de la mastoiditis, el resto de complicaciones agudas descritas en relación con OMA son excepcionales en la actualidad. El déficit auditivo es la complicación más frecuente a medio y largo plazo.

Las complicaciones graves en la fase aguda (petrositis, laberintitis, parálisis facial, meningitis, absceso cerebral...) se han reducido drásticamente desde la utilización general de ATB en la OMA. Únicamente, la mastoiditis se observa con alguna frecuencia en la actualidad. Debe sospecharse mastoiditis siempre que se presente enrojecimiento, tumefacción y dolor en región mastoidea. La sospecha debe confirmarse derivando al niño al hospital para practicar estudios de imagen. Se especula que la reducción en el uso de ATB en OMA se ha acompañado de un leve aumento en la frecuencia de mastoiditis⁽⁷⁾, pero no hay absoluta evidencia al respecto.

La complicación más frecuente es el déficit auditivo, prácticamente universal en la fase aguda y habitualmente reversible una vez alcanzada la curación. Después de un episodio de OMA, un 40% de pacientes presentan OME a las 4 semanas y un 10% a los 3 meses, con repercusión funcional variable; por lo que, hay que asegurar un adecuado control evolutivo después del tratamiento que constate la desaparición del derrame. La duración del derrame no parece tener relación con la eficacia del tratamiento antibiótico en la esterilización del mismo.

El PAP debe vigilar la posible aparición de complicaciones en otitis crónica: la retracción de la membrana timpánica, que se observa cuando la presión en oído medio es permanentemente negativa puede acompañarse de colesteatoma, masa de epitelio estratificado que invade la cadena osicular, con adhesión de los huesecillos (otitis adhesiva) o discontinuación entre los mismos, y genera pérdida auditiva potencialmente irreversible. Puede sospecharse ante una perforación crónica, con o sin supuración asociada, o cuando se observe una masa blanquecina retrotimpánica. En caso de sospecha, debe derivarse el paciente al especialista.

Más frecuente es observar timpanosclerosis, parches blancos en la superficie de la membrana timpánica secundarios a cicatrices post drenaje transtimpánico o en niños afectados de OMA de repetición. Es conveniente valorar la audición en estos niños aunque, generalmente, es un hallazgo sin repercusión funcional.

Derivación hospitalaria

La OMA es una patología de manejo inicial exclusivo del pediatra de AP. La derivación debe hacerse únicamente ante la sospecha de mastoiditis o de complicaciones neurológicas, cuando sea imperativo el conocimiento exacto del germen causante o en situaciones de fracaso terapéutico en que la timpanocentesis ejerce un papel diagnóstico y terapéutico en la resolución de la otalgia.

La OMA es una enfermedad de manejo prácticamente exclusivo por el pediatra de AP. Se procederá a la derivación hospitalaria ante la obligación de practicar timpanocentesis en las siguientes situaciones (Tabla V):

- Obligación de conocer con precisión el germen causante: inmunodeprimidos primarios o secundarios y OMA en el periodo neonatal, frecuentemente producida por gram negativos y gérmenes oportunistas.
- Cuando haya clínica persistente (dolor y/o fiebre) pese a una pauta antibiótica estándar correcta (ATB de 1ª línea, ausencia de mejoría y cambio a las 72 horas por ATB de 2ª línea y nuevo fracaso terapéutico). En este caso, la timpanocentesis tiene tanto valor diagnóstico como terapéutico, al aliviar un dolor persistente y su realización debe considerarse una emergencia. No es razonable el intento de un tercer ATB, como es práctica común, si las opciones manejadas anteriormente eran correctas, con la posible excepción del uso de ceftriaxona que analizaremos posteriormente.
- Cuando haya sintomatología neurológica, derivar ante la sospecha de complicaciones poco frecuentes, tales como: petrositis, meningitis, laberintitis o parálisis facial.
- Ante la sospecha de mastoiditis.

Tabla V. Criterios de derivación de una OMA

- Inmunodeficiencia primaria o secundaria
- OMA en el periodo neonatal
- Fracaso terapéutico después de antibiótico de 2ª línea
- Sintomatología neurológica
- Sospecha de mastoiditis

Tratamiento

El tratamiento de la OMA debe empezar por una correcta analgesia. La utilización o no de ATB debe fundamentarse en un correcto diagnóstico de OMA (con la presencia de dolor o su equivalente en lactantes) y en no tratar otoscopias positivas, sino la combinación de clínica específica y signos otoscópicos sugestivos, preferentemente confirmados con otoscopia neumática y, si es posible, con timpanometría. La amoxicilina a altas dosis es el tratamiento de 1ª elección. Cefuroxima es la mejor opción si se utiliza una cefalosporina. Los macrólidos no deben utilizarse, salvo en caso de alergia anafiláctica a la penicilina. Ceftriaxona puede ser una opción a considerar en caso de precisarse la vía parenteral o como último recurso previo a la derivación hospitalaria.

Analgésicos

Es el primer paso obligado (¡y tantas veces olvidado!) en el manejo de la OMA. La utilización de paracetamol a 15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas (límite 60 mg/kg/día en lactantes y 90 en mayores de 1 año) suele ser suficiente. El ibuprofeno a 10 mg/kg/dosis cada 6 horas es una opción razonable. Hay menos experiencia pediátrica con el metamizol magnésico. La supuesta ventaja de utilizar analgésicos que tengan acción antiinflamatoria motiva que algunos pediatras (y muchos padres) prefieran ibuprofeno, pero tal ventaja no ha sido demostrada concluyentemente en ningún estudio. En caso de fracaso terapéutico, es muy útil asociar codeína (0,5-1 mg cada 4 horas) al paracetamol. Es recomendable en las primeras 24 horas pautar el analgésico a dosis fijas, para seguir posteriormente según necesidad. La utilización de calor local puede ser útil. No deben utilizarse analgésicos tópicos, puesto que no mejoran los resultados

obtenidos con analgesia general, dificultando en cambio la otoscopia posterior. La utilización de ondas subsónicas con instrumentos que aplican ondas vibratorias de 1.300-2.500 Hz desde el hueso temporal hasta la trompa de Eustaquio, provoca un movimiento peristáltico en la trompa que favorece su apertura y facilita el drenaje de la secreción. Al reducir el edema, disminuye el dolor. Se han publicado buenos resultados en el 75% de pacientes.

Antibióticos

El tratamiento ATB de la OMA ha sido siempre un tema controvertido. Buena parte de esta polémica viene motivada por la alta tasa de resistencias bacterianas existentes en todo el mundo. Varios metaanálisis han coincidido en concluir que, si bien la mayor parte de OMA se resuelven espontáneamente, el tratamiento ATB tiene un efecto significativo aunque modesto en la mejora de la sintomatología aguda (desaparición de la fiebre y otalgia). Según diferentes estudios habría que tratar entre 8 y 17 casos de OMA con ATB para obtener una mejora sintomática en uno. En la actualidad, se considera que la principal utilidad de la utilización de ATB está en la prevención de complicaciones a corto (mastoiditis) y largo plazo (otitis media crónica con hipoacusia de transmisión y retraso del lenguaje y del rendimiento escolar, pese a que esta complicación está siendo actualmente puesta en entredicho. La llamada “pauta holandesa”^(8,9), nombre que se debe al hecho de que la conducta observacional se empezó a aplicar en Holanda, consistente en la observación durante 3 días sin tratamiento antibiótico inicial con una segunda valoración para tomar una decisión definitiva, o en algunos casos, con la –a nuestro parecer– poco recomendable prescripción “diferida” de ATB (“y si no mejora en 3 días, empieza a darle...”), que presupone una capacidad de valoración evolutiva e interpretación de los síntomas por parte de los padres que muchas veces no se da, se ha relacionado con un ligero aumento en el número de mastoiditis en los países en que se aplica masivamente. La valoración del impacto real de este hecho está siendo objeto de fuertes discusiones. Ciertamente, en los países que

Tabla VI. Guía de práctica clínica de la AAP para el tratamiento ATB de la OMA

Edad	Certeza diagnóstica	Gravedad	Tratamiento ATB
< 6 meses	Sí/no	Sí/no	Sí
6-24 meses	Sí	Sí/no	Sí
	No	No Sí	No Sí
>24 meses	Sí/no	Sí no	Sí no

Gravedad: presencia de otalgia severa y/o fiebre superior a 39°.

tratan las OMA con la “pauta holandesa” (Holanda, Escandinavia...) hay una tasa de resistencia de neumococo ante la penicilina muy inferior a aquellos en que la OMA es tratada sistemáticamente, pero no queda claro si esta menor tasa se debe al no tratamiento inicial de la OMA o a una política general de uso de ATB mucho más juiciosa. En nuestra opinión, se trata de lo segundo. Por otra parte, reputados expertos han llamado la atención recientemente sobre las conclusiones de los metaanálisis que valoran el efecto de los ATB en la evolución de la OMA. En muchos de los trabajos analizados, no hay criterios claros en la definición de la OMA. Es muy probable que muchos casos incluidos en estos trabajos sean en realidad OME, en las que el efecto del ATB es mucho menor o nulo, condicionando una marcada similitud con el grupo control de no tratados⁽¹⁰⁾. Como corolario a esta reflexión, pensamos que el objetivo del pediatra de AP debe estar en tratar auténticas OMA y no otoscopias positivas (diferenciación no siempre fácil) y, sobre todo, en evitar los ATB en patología respiratoria primariamente viral (resfriado común, la mayor parte de faringitis, laringitis, bronquitis aguda, bronquiolitis, neumonitis). Son necesarios más estudios que determinen definitivamente qué factores están relacionados con la resolución espontánea y ausencia de complicaciones para dejar las OMA inicialmente sin tratamiento ATB. No hay datos concluyentes al respecto pero, con las evidencias actuales, parece razonable suponer que, en niños mayores de 2 años, con una clínica leve (otalgia leve y/o fiebre inferior a 39°) y sin factores de riesgo generales (enfermedad crónica, inmunodeficiencia...) o locales (perforación timpánica con

supuración, antecedentes de OMAR, procedimientos quirúrgicos relacionados con patología del oído medio, como timpanostomía, drenajes trans-timpánicos, adenoidectomía) el riesgo de no tratar inicialmente con ATB una OMA es menor, y probablemente pueda asumirse con seguridad. En la guía de práctica clínica de la AAP⁽¹¹⁾, se reduce esta edad mínima de inicio de la conducta observacional hasta los 6 meses, considerando esta posibilidad entre los 6 y 24 meses cuando el diagnóstico de OMA sea incierto, y tratando con ATB cuando haya seguridad en el mismo (Tabla VI). Recientemente, se ha demostrado que la presencia de OMA bilateral se relaciona con mayor frecuencia que la unilateral con presencia de bacterias en el exudado de oído medio, especialmente HI, mayores signos inflamatorios timpánicos, menor edad y mayor persistencia de la sintomatología sin tratamiento ATB, lo que puede ser un factor más a considerar en la toma de decisiones^(12,13).

Una vez planteada la necesidad del tratamiento ATB, la duración del mismo también es motivo de controversia. Clásicamente, se han tratado durante 10 días, por extrapolación del tratamiento de la faringitis estreptocócica. Sin embargo, el estreptococo supone menos del 5% de la etiología de la OMA. Hay estudios que demuestran resultados clínicos semejantes con pautas de 3, 5, 7 y 10 días^(14,15). En cambio, hay más dudas sobre el efecto de tratamientos cortos en la prevención de recidivas y secuelas a largo plazo. Dado que estas secuelas son más frecuentes en niños de menos de 2 años, que están poco representados en los estudios de pautas cortas, la recomendación actual está en tratar durante 10 días a estos niños, y

a los de cualquier edad con OMA supurativa (con perforación timpánica), historia de OMA de repetición, otitis media crónica o procedimientos quirúrgicos relacionados con hipoacusia de transmisión (adenoidectomía, drenaje transtimpánico, miringostomía), y reducir la duración a 5-7 días para niños mayores sin factores de riesgo.

Valoración actual de ATB potencialmente utilizables en OMA

La FDA tiene aprobados 18 ATB con indicación para OMA. Vamos a referirnos únicamente a los más utilizados actualmente en nuestro medio. La efectividad de un ATB en el tratamiento de la OMA depende fundamentalmente de la susceptibilidad de los patógenos causantes del mismo y de la capacidad del fármaco de alcanzar niveles suficientes en oído medio para erradicar el otopatógeno. Esta capacidad está directamente relacionada con el tiempo que el ATB está por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM). Este tiempo está determinado para los betalactámicos en el 40% del intervalo de dosificación.

Amoxicilina; amoxicilina+ácido clavulánico (A+C)

La amoxicilina, sola o en asociación con el ácido clavulánico, debe ser considerada como el tratamiento de 1ª elección, por su espectro de actividad, seguridad, tolerancia y coste. Sus concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) ante neumococo son las más bajas de todos los ATB orales utilizables en pediatría y su penetración en oído medio sólo es igualada por la ceftriaxona. El ácido clavulánico es un betalactámico que por sí solo tiene una escasa actividad antibacteriana y una capacidad inductora de resistencias poco significativa. Su función es la inhibición competitiva, irreversible y suicida de las betalactamasas, restituyendo a la amoxicilina su espectro inicial, que fue perdiendo progresivamente, primero frente a estafilococo y, posteriormente, frente HI y otros gérmenes productores de betalactamasas. Siguiendo este concepto, debemos considerar que, en la actualidad, disponemos de dos amoxicilinas: una de espectro más reducido, que a nivel de OMA presenta

actividad adecuada frente a neumococo sensible a penicilina, y a altas dosis frente a neumococo con sensibilidad intermedia e incluso algunas cepas de neumococo resistente, y frente a *Streptococcus pyogenes*, pero inactiva ante HI productor de betalactamasas, *Moraxella catarrhalis* (100% productor de betalactamasas, pero de dudosa presencia en nuestro medio) y *Staphylococcus aureus*. La otra amoxicilina, asociada a ácido clavulánico, extiende su actividad a los gérmenes productores de betalactamasas. La preferencia por una u otra vendrá dada por la situación epidemiológica. Se han empezado a describir HI resistentes a la asociación A+C, por un mecanismo de alteración de proteínas fijadoras de penicilina similar al del neumococo resistente, y no por producción de betalactamasas. El impacto de este fenómeno por ahora parece poco relevante. En nuestro medio hay pocos estudios de timpanocentesis y cultivo del exudado de oído medio. Los datos disponibles permiten suponer una frecuencia del 25% de HI como agente causante de OMA. El 33% de estos HI son productores de betalactamasas; por lo que, el riesgo teórico de no tratar adecuadamente un HI en nuestro medio si utilizamos amoxicilina sería aproximadamente de un 8%. Algunos autores han defendido la inocuidad y resolución espontánea de las OMA producidas por HI no capsulado como argumento para recomendar tratar únicamente el neumococo. Sin embargo, hay estudios⁽¹⁶⁾ que muestran el importante papel de HI en la producción de recidivas y secuelas crónicas y, contrariamente a la creencia común, el cuadro clínico no es diferenciable del producido por neumococo. Algunos autores proponen la utilización inicial de la asociación A+C en cuadros graves (fiebre superior a 39° y/u otalgia severa), pero la mayor intensidad de los síntomas no está relacionada con la etiología por HI. Sea cual sea la amoxicilina escogida, deberá utilizarse a dosis no inferiores a 80 mg/kg/día, fraccionada en 3 tomas y administrada previamente a la ingesta de alimento, con lo que mejora sensiblemente la tolerancia. No es preciso usar una pauta estricta de cada 8 horas. El fraccionamiento de la dosis total en 3 tomas de

intervalos irregulares ofrece los mismos resultados. La utilización de dosis altas está especialmente indicada en niños menores de 2 años escolarizados y en los que han recibido recientemente un betalactámico. En otras circunstancias puede ser correcto iniciar un tratamiento con dosis convencionales (40-50). En la práctica actual, la dosificación alta de entrada se ha convertido en la norma general, pero no hay estudios que cuantifiquen la tasa de fracasos terapéuticos en ambas circunstancias. En EE.UU. se han aprobado presentaciones destinadas a su administración en 2 tomas, pero existe poca experiencia pediátrica al respecto y dudas sobre su capacidad de erradicación del neumococo en oído medio, al presentarse datos contradictorios sobre el tiempo en que se mantienen niveles superiores a la CIM en el intervalo entre dosis. La asociación con ácido clavulánico en su formulación actual de 8:1 facilita el alcanzar estas dosis sin aumentar los efectos secundarios gastrointestinales, más frecuentemente dependientes del ácido clavulánico que de la amoxicilina. El ácido clavulánico aumenta el peristaltismo del intestino delgado y produce más frecuentemente diarrea. Sin embargo, estos efectos se minimizan con la administración previa a comidas, con la ingesta de yogur o probióticos, y raramente obligan a suspender el tratamiento.

Cefuroxima axetil

Tiene la mayor actividad antineumocócica de todas las cefalosporinas orales pero, tanto en potencia como en penetración en oído medio, es muy inferior a amoxicilina. Es una opción a considerar en las frecuentes historias de dudosas alergias a la penicilina con antecedentes de clínica no anafiláctica en las que se prefiera utilizar un betalactámico a un macrólido, en aquellos pacientes no conocidos o no habituales en nuestra consulta, catalogados anteriormente, con probabilidad de manera errónea, como "alérgicos a la penicilina". Es un antibiótico poco aceptado por los niños, pero recientemente se ha mejorado algo su sabor.

Cefixima

Tiene pobre actividad frente a neumococo con sensibilidad intermedia

o resistente a la penicilina. En cambio tiene la mejor actividad frente HI de todos los ATB orales, por lo que puede ser primera elección, dada su tolerancia y comodidad posológica, cuando se sospeche fuertemente su presencia, como en el síndrome OMA-conjuntivitis purulenta homolateral.

Ceftriaxona

Su potencia antineumocócica y su excelente penetración en oído medio la convierten en una opción muy interesante en el tratamiento inicial a dosis única (50 mg/kg), indicación aprobada por la FDA, o bien en 3 dosis sucesivas cada 24 horas ante la sospecha de neumococo resistente a la penicilina en situaciones de fracaso terapéutico, como último paso previo a la derivación para timpanocentesis⁽¹⁷⁾. En cualquier caso, su uso debe ser individualizado y fuertemente restringido a situaciones muy especiales. Es una opción a valorar especialmente en casos de marcada intolerancia a la vía oral.

Claritromicina

En comodidad posológica es inferior a azitromicina.

Azitromicina

Debe considerarse tratamiento de 1ª elección de OMA en niños con alergia anafiláctica a la penicilina. Sin embargo, no debe ser tratamiento de 1ª elección en otras circunstancias pese a su comodidad posológica, puesto que se ha mostrado claramente inferior a amoxicilina en la capacidad de erradicación de neumococo y *Haemophilus* de oído medio⁽¹⁸⁾. La pauta de 3 días y la de 5 se han mostrado con eficacia similar. El creciente uso de macrólidos ha comportado un marcado aumento de neumococo y *Streptococcus pyogenes* resistente. Al contrario que en la resistencia del neumococo a betalactámicos, el aumento de dosis no significa mejorar la actividad.

Clindamicina

30-40 mg/kg/día. Es una opción a considerar en niños con alergia anafiláctica a la penicilina que hayan experimentado un fracaso terapéutico con macrólidos.

Tabla VII. Guía de prescripción en caso de fracaso terapéutico

Recibía	Sospechar	Prescribir
Amoxicilina	HI, neumococo resistente	A+C*
A+C	Neumococo resistente	Amoxicilina*
Eritromicina	HI, neumococo resistente	A+C*, clinda ^a
Azitromicina	HI, neumococo resistente	A+C*, clinda ^a
Claritromicina	HI, neumococo resistente	A+C*, clinda ^a
Cefaclor	HI, neumococo resistente	A+C*
Cefixima	Neumococo resistente	Amoxicilina*
Ceftibuteno	Neumococo resistente	Amoxicilina*
Cefuroxima axetil	Neumococo resistente	Amoxicilina*
Cefprozil	Neumococo resistente	Amoxicilina*

Considerar fracaso a las 72 horas de iniciado el tratamiento.

*: altas dosis; HI: *Haemophilus influenzae*; A+C: amoxicilina+clavulánico; clinda: clindamicina; ^a: en alérgicos a la penicilina.

Control evolutivo y fracaso terapéutico

El paciente debe ser controlado si no mejora a las 72 horas, tanto si se ha utilizado un antibiótico como si se ha decidido una conducta expectante. La lenta resolución de las anomalías otoscópicas aconseja diferir el control a varias semanas después del diagnóstico.

La creciente incidencia de gérmenes resistentes comporta un aumento de los fracasos terapéuticos. Debe considerarse esta situación cuando, a las 72 horas de un tratamiento ATB, el niño sigue con dolor y/o fiebre. Esta situación se da en un 15% de ocasiones. En este caso se escogerá un ATB de 2ª línea según la opción inicial y la sospecha del germen implicado (Tabla VII). Si no se produce respuesta en 48 horas, y siempre individualizando el caso, deberá derivarse al paciente para proceder a timpanocentesis (que aliviará el dolor) y cultivo del exudado. Las dificultades de coordinación con el nivel especializado que muchos pediatras tienen, comporta que en muchas ocasiones estos niños acaben inadecuadamente con un tercer ATB claramente incorrecto; por lo que, en este punto podría considerarse el uso, siempre muy selectivo y restrictivo, de ceftriaxona. El control posterior de la desaparición de la OME deberá hacerse no antes de las 3-4 semanas del final del tratamiento. En niños mayores, con OMA esporádica leve y sin factores de

riesgo, es planteable incluso la posibilidad de no hacer ningún control si la evolución clínica es favorable.

Otitis media aguda con supuración

La OMA supurada debe tratarse siempre con ATB, y recibir el mismo manejo terapéutico que la OMA con membrana timpánica íntegra, salvo en la duración del tratamiento antibiótico, que debe ser siempre de 10 días.

La perforación de la membrana timpánica con evacuación de exudado purulento y eventualmente de sangre es un evento tan común en la evolución de la OMA, que debe considerarse una forma de presentación clínica más que una complicación. Generalmente, el dolor desaparece después de la perforación. El manejo terapéutico deberá hacerse siguiendo el mismo algoritmo de actuación de la OMA sin supuración; puesto que, la presencia de supuración no tiene ninguna repercusión en cuanto a la sospecha del germen implicado, aunque en este caso aumenta el aislamiento de *Streptococcus pyogenes* y estafilococo. Un inicio muy agudo con otalgia intensa y supuración rápida se relacionó clásicamente como muy sugestivo de neumococo, pero esta evolución es compatible con HI y otros gérmenes. El tratamiento ATB deberá prolongarse siempre durante 10 días, independientemente de la edad del niño. No hay

suficiente documentación que avale el tratamiento inicial con ciprofloxacino ótico que, en cambio, es una excelente opción ante el fracaso terapéutico y en otitis medias supurativas crónicas (superiores a dos meses) que antes eran subsidiarias de ingreso para tratamiento parenteral antipseudomónico. En las otitis medias supurativas crónicas hay afectación concomitante de las celdas mastoideas y debe descartarse siempre la presencia de colesteatoma. El colesteatoma es una tumoración benigna del oído medio formada a partir de restos epiteliales. Hay que sospecharla ante una coloración blanquizca opaca en membrana timpánica, la presencia de un pólipo, restos caseosos o supuración maloliente persistente. Deberá remitirse siempre al ORL para cirugía. Deberá hacerse un seguimiento de la perforación timpánica para constatar su cierre, y derivar al especialista aquellas que no lo hayan hecho en 3 meses, para valorar la necesidad de practicar una plastia. Algún estudio reciente parece mostrar superioridad de la asociación antibiótico sistémico con ciprofloxacino tópico en relación con las 2 opciones por separado, pero estos datos deberán confirmarse en sucesivos estudios.

Otitis media crónica; otitis media aguda de repetición

Definiciones

Se define como OMAR la presencia de 3 o más episodios de OMA en 6 o menos meses, o 4 o más en 12 o menos meses, siempre que el último de los episodios se haya producido en los últimos 6 meses. Se define como OMEC la presencia de exudado bilateral más de 3 meses o unilateral más de 6 meses. Frecuentemente coexisten ambas entidades.

Se considera que un niño sufre de otitis media aguda de repetición cuando presenta 3 o más episodios en un plazo igual o inferior a 6 meses o 4 o más en un plazo inferior a 12 meses, siempre que el último se haya producido en los últimos 6 meses. Esta frecuencia se ha correlacionado significativamente con la aparición de secuelas a medio y largo plazo (otitis media crónica con exudado y/o hipoacusia de transmisión). Cuando una otitis media con efusión, exudado

o derrame bilateral persiste más de 3 meses, o de 6 si es unilateral, hablamos de otitis media crónica con exudado. En muchas ocasiones coexisten ambas patologías (OMAR con OMEC). En muchos niños con otitis media crónica se presentan, además, otitis medias agudas de repetición.

Epidemiología

La otitis media aguda de repetición y la otitis media crónica con exudado son los problemas crónicos más frecuentes en la consulta del pediatra de AP.

Un 80% de niños menores de 3 años han tenido como mínimo un episodio de OMA, y un 33% han tenido 3 o más ataques. La OMAR no suele ser la única manifestación de problemas inmunológicos importantes y los estudios complementarios no están indicados en estos niños, salvo si hay otras infecciones concomitantes de repetición u otros signos clínicos que sean sospechosos de inmunodeficiencia. Es probable que ciertos problemas inmunológicos leves y madurativos puedan manifestarse únicamente como OMAR. Se discute el posible papel del déficit de subclases de IgG2. En algunos estudios, la administración de gammaglobulina a niños pequeños con OMAR mostró cierto beneficio. Independientemente de los problemas creados por los episodios agudos, el pediatra de AP debe tener como objetivo fundamental en el manejo de esta patología, el de preservar la audición en la fase decisiva de aprendizaje del lenguaje. Se sugiere en abundantes estudios que la OMAR y la OMEC en los primeros años de vida tienen un efecto adverso significativo en la comprensión del lenguaje, en el habla, en la lectura e, incluso, en la adquisición de funciones motoras groseras, que se mantiene hasta los 9 años de edad. Estudios de seguimiento hasta los 18 años de edad muestran mayor frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad a los 15 años, menor coeficiente intelectual a los 13 y mayores dificultades de lectura a los 11-18 años en niños con OMEC en los primeros años de vida. En otros estudios se han cuestionado estos resultados, sobre la base de supuestos defectos metodológicos⁽¹⁹⁾. Un estudio multicéntrico⁽²⁰⁾ con un control estricto

de las distintas y múltiples variables ha demostrado que no hay diferencias significativas en la adquisición de lenguaje, aprendizaje o desarrollo psicomotor o social a los 3 años entre niños con OMEC a los que se practique drenaje transtimpánico precoz o tardío. La confusión de estos datos obliga a que el pediatra los maneje con precaución y valore al niño con OMAR y/o OMEC como un niño de riesgo para un posible problema de audición-aprendizaje, pero que quizá sea más conservador en su tratamiento.

Otitis media aguda de repetición

Determinados factores favorecen su presencia (Tabla VIII): sexo masculino, hermano con antecedentes de OMAR, primer ataque de OMA antes de los 4 meses, inmunodeficiencia primaria o secundaria, lactancia artificial, asistencia a guardería con más de 6 niños en el grupo, tabaquismo pasivo, uso del chupete más allá de los 6 meses, presencia de fisura palatina aparente o oculta (úvula bifida), síndrome de Down y sensibilización a alérgenos.

Conducta

Antes de abordar un posible caso de OMAR, el pediatra de AP deberá ser muy cuidadoso en etiquetar así a un paciente, dado que pocas veces el diagnóstico se establece sobre la base de una correcta documentación de los distintos episodios de OMA, confundiendo en realidad OME con OMA. Los diagnósticos hechos sin métodos de detección objetiva de exudado en oído medio son poco fiables sin la presencia de clínica u otoscopia muy específicas (otalgia, abombamiento timpánico). En muchas ocasiones, se cataloga como OMA cualquier cuadro catarral o febril sin focalidad en el que la otoscopia sugiera OME.

El paso inicial es la eliminación de los factores predisponentes cuando sea posible: plantear a los padres la posibilidad de retirada, al menos temporal, de la guardería, evitar el tabaquismo pasivo, la exposición a alérgenos, vacunar de la gripe en el periodo indicado (con la reducción de hasta el 40% de episodios de OMA en el periodo epidémico en niños que van a guardería en algunos estudios, y sin diferencias significativas

Tabla VIII. Factores predisponentes a la presencia de OMAR

- Sexo masculino
- Hermano con antecedentes de OMAR
- Tabaquismo pasivo
- Atopia
- Asistencia a guardería en grupos de más de 6 niños
- Primer episodio de OMA antes de los 4 meses
- Uso del chupete en mayores de 6 meses
- Administración de biberón en decúbito
- Inmunodeficiencia primaria o secundaria
- Lactancia artificial
- Fisura palatina aparente u oculta (úvula bífida)
- Síndrome de Down
- Prematuridad (<33 semanas, <1.500 g)

en otros) y restricción preventiva del uso del chupete en niños mayores de 6 meses a los momentos de conciliación del sueño, con retirada absoluta a partir de los 10 meses (reducción de hasta un 33% de ataques de OMA en algún estudio)⁽²¹⁾. La vacuna antineumocócica 23 valente, a base de polisacáridos, ha mostrado resultados decepcionantes por debajo de los dos años, y escasa eficacia en niños mayores de 2 años. La vacuna conjugada heptavalente ha mostrado resultados muy modestos (reducción del 7%) en la prevención de OMA global, pero de hasta el 25% en la reducción de OMEC y procedimientos quirúrgicos relacionados con esta patología (adenoidectomía, timpanostomía, drenaje transtimpánico). Reduce en un 60% los casos de OMA por serotipos vacunales y un 30% los casos de OMA por cualquier neumococo. La vacuna no ha demostrado impacto significativo en la reducción de episodios en niños con OMAR. La concentración de anticuerpos antineumococo obtenida con la vacunación, guarda relación con la protección ante enfermedad invasiva pero no con la protección obtenida en mucosas. Algunos estudios mostraron que los chicles de xilitol tienen un efecto beneficioso significativo, pero este hecho no ha sido corroborado posteriormente. El pediatra de AP debe descartar también patología asociada a la OMAR, como las inmu-

nodeficiencias, que sólo se manifestarán con OMAR sin otras patologías en casos excepcionales, la discinesia ciliar primaria y la (excepcional) neoplasia de cavum. Abundante literatura ha demostrado que la OMAR se puede manejar adecuadamente en AP con tratamiento médico⁽²²⁾: la utilización de profilaxis antibiótica durante un periodo de tiempo de 3 (primavera-verano) a 6 meses (otoño-invierno), reduce significativamente el número de episodios (1,04/niño/año con placebo a 0,28/niño/año con ATB). Sin embargo, el beneficio obtenido es de corta duración y el problema puede reaparecer cuando se suspende la quimioprofilaxis, hasta que la maduración del sistema inmune y de la función de la trompa de Eustaquio comporta su desaparición. Generalmente, se utiliza un antibiótico a la mitad de dosis terapéutica en una sola administración al día. El objetivo de esta profilaxis es reducir la carga bacteriana del moco rinofaríngeo. Los estudios de eficacia de profilaxis de la OMAR provienen del ámbito EE.UU. Cotrimoxazol y amoxicilina son las opciones más documentadas. Cotrimoxazol no parece una buena opción en España, puesto que no es activo en la actualidad frente a neumococo ni a HI. Por otra parte, amoxicilina no cubre adecuadamente HI productor de betalactamasas. Se discute mucho el papel que hay que otorgar a HI a la hora de escoger el antibiótico adecuado. Si bien, parece claro que la resolución espontánea de la OMA es más frecuente con HI que con neumococo, no lo está tanto en cuanto a la evolución hacia otitis media crónica o aparición de recidivas. Se ha utilizado empíricamente la asociación amoxicilina+ácido clavulánico, a 20 mg/kg en dosis única diaria. Si bien, no hay documentación al respecto, la observación de muchos pediatras es favorable a la eficacia de esta asociación en la reducción o desaparición de los episodios agudos. Se ha publicado también la eficacia de la utilización de azitromicina en dosis única semanal de 10 mg/kg. Un pequeño número de casos no responden al tratamiento profiláctico. Es razonable entonces hacer un segundo intento con un antibiótico de 2ª línea, según la resistencia sospechada. En la actual época de resistencias antibióticas, fun-

damentalmente de neumococos con sensibilidad intermedia o resistentes a la penicilina, se discute fuertemente la indicación de la profilaxis antibiótica de la OMAR y en algunas fuentes se aboga por la cirugía ya de entrada. En efecto, la utilización previa de antibióticos o el tratamiento antibiótico de larga duración son factores reconocidos de inducción a la aparición de resistencia antibiótica. Por otro lado, no hay que desdeñar el riesgo, bajo pero real, de la intervención quirúrgica, que debería plantearse como último recurso. Parece recomendable intentar la profilaxis ATB en casos seleccionados, muy especialmente en niños no escolarizados, con un menor riesgo de desarrollo de resistencias, como paso previo a la cirugía y siempre que no haya una clara clínica de obstrucción nasal persistente, debida con casi toda seguridad a hipertrofia de las vegetaciones adenoideas que, de estar presente, hará fracasar muy probablemente el tratamiento médico. En este caso es razonable la derivación especializada de entrada, para la práctica de adenoidectomía. La adenoidectomía asociada a drenajes es también recomendable en un hipotético segundo tratamiento quirúrgico en niños que, después de la primera expulsión de los mismos, mantienen su patología^(23,24). De no existir la clínica obstructiva, la utilización o no de profilaxis y la derivación o no al especialista se individualizará en función de la época del año (es recomendable la abstención en periodo estival), de la tolerancia del niño (y opinión de los padres) al antibiótico, de la presencia o no de OMEC y/o clínica compatible con hipoacusia de transmisión, y de la posibilidad o no que tenga el pediatra de AP de documentar objetivamente en su consulta la presencia de exudado en oído medio (impedanciometría, reflectometría acústica...) y su repercusión funcional (otoemisiones acústicas, audiometría en niños mayores).

Otitis media crónica con exudado

Se define como otitis media crónica con exudado la presencia de una otitis media con derrame bilateral de más de 3 meses de duración o con derrame unilateral de más de 6 meses de duración.

Si bien el líquido puede ser trasudado o exudado, el niño con OME o con OMEC puede experimentar reagudizaciones (OMA) y el cultivo obtenido por timpanocentesis muestra en un porcentaje elevado de casos el crecimiento de los mismos gérmenes causantes de OMA. La OMEC se asocia siempre a hipoacusia de transmisión de variable repercusión funcional y en algunas ocasiones a hipoacusia sensorial reversible (por presión y rigidez sobre la membrana de la ventana redonda) o permanente (por diseminación de la infección o los productos de la inflamación a través de la membrana de la ventana redonda, por el desarrollo de una fístula perilinfática en la ventana redonda o por laberintitis supurativa). La otoscopia visual no es lo bastante sensible para detectar muchos casos de OME y, en consecuencia, de OMEC. Son signos otoscópicos sugestivos de OME: la hiperemia asociada a matidez, la coloración amarillenta y la coloración azulada de la membrana timpánica. Esta última está especialmente asociada a OMEC. La visualización de una retracción en la membrana timpánica, en la que los huesecillos de oído medio se verán muy marcados, es altamente sospechosa de presión negativa en oído medio y se correlaciona con OMEC. Si bien la otoscopia neumática mejora la sensibilidad de la otoscopia visual, requiere de experiencia para interpretar los resultados y también es una exploración de interpretación subjetiva. En una OMEC, observaremos inmovilidad de la membrana timpánica tanto en la aplicación de presión negativa como en la positiva. Sólo la impedanciometría o la reflectometría acústica tienen una sensibilidad y especificidad cercanas a la timpanocentesis. Desgraciadamente, el pediatra de AP no suele disponer de estas técnicas.

Podemos llegar al diagnóstico de OMEC por 3 caminos (Tabla IX):

- Seguimiento de OMA en el que la OME no se resuelve en 3 meses (bilateral) o 6 meses (unilateral).
- OME detectada en un control rutinario de salud, cuyo seguimiento en 3 meses (bilateral) o 6 meses (bilateral) nos lleva al diagnóstico de OMEC (llamada *de novo*).
- OMEC diagnosticada en un niño que consulta por hipoacusia de larga

Tabla IX. Situaciones por las que se llega al diagnóstico de OMEC

- En el seguimiento de OMA con OME que no se resuelve en 3 (bilateral) o 6 meses (unilateral)
- OME detectada *de novo* en una visita de salud con OME que no se resuelve en 3-6 meses
- OMEC diagnosticada a partir de una hipoacusia de larga duración

evolución o clínica asociada compatible (retraso del lenguaje, retraso escolar).

El diagnóstico de OMEC, sea de sospecha por otoscopia visual o neumática, o preferentemente por confirmación con técnicas objetivas de detección de exudado de oído medio (impedanciometría), debería comportar una derivación especializada, para valorar la repercusión funcional; puesto que, el drenaje transtimpánico, asociado o no a adenoidectomía según la presencia o no de clínica de obstrucción nasal asociada, constituye el tratamiento de elección de la OMEC con hipoacusia de transmisión superior a 20 dB. En la práctica de nuestro medio, las relaciones de colaboración entre ambos niveles y la saturación asistencial de los especialistas de referencia comporta la dificultad de que esta derivación sea productiva, con lo que el pediatra de AP retiene muchos casos en los que la clínica parece ser de menor relevancia o no hay aparente afectación auditiva o alteración en el rendimiento escolar. La valoración objetiva de la repercusión funcional de la OMEC no suele estar disponible para muchos pediatras de AP hasta los 6 años, edad en la que un niño normal colabora en una audiometría convencional. Lamentablemente, el impacto de esta patología se produce a edades muy inferiores. La posibilidad de que el pediatra de AP pudiese disponer en su consulta de un detector de otoemisiones acústicas, que permite descartar hipoacusia de transmisión o sensorial significativas, con el nivel de corte de 20 db, sería un avance muy significativo en el manejo ambulatorio de esta patología.

La intervención es bien tolerada y durante el tiempo en que los drenajes

Tabla X. OMEC que requieren de derivación especializada para valorar cirugía

- Sospecha de retraso del lenguaje
- Trastorno del espectro autista
- Otros déficit sensoriales asociados (visión)
- Fisura palatina
- Síndrome de Down
- Síndromes congénitos asociados a retraso del lenguaje
- Retraso psicomotor

permanecen en oído medio (6-18 meses), el niño mejora significativamente su audición y disminuyen las reagudizaciones. Los especialistas no suelen hacer seguimiento de estos niños post-intervención, pero es obligada una valoración auditiva dos semanas después de la misma. Un pequeño porcentaje presenta otorrea persistente, que presenta buena respuesta al ciprofloxacino tópico. En la guía de práctica clínica de la AAP se recomienda que la actitud inicial ante una OMEC sea más conservadora y que la derivación para cirugía parece especialmente indicada (Tabla X) en casos de fisura palatina, retracción o atelectasia de la membrana timpánica, sospecha de colesteatoma, afectación bilateral, sospecha de retraso del lenguaje o del desarrollo psicomotor en general, trastornos del espectro autista o síndromes congénitos asociados a retrasos del desarrollo o del lenguaje. Se han publicado diversos estudios en los que se utiliza tratamiento médico antes de proceder a la cirugía. Se obtuvieron buenos resultados con la utilización de antibióticos durante un mes a dosis terapéuticas asociados a corticoides orales en la última semana. Sin embargo, los beneficios obtenidos eran a corto plazo y, en cualquier caso, la agresividad de esta pauta comporta la necesidad de individualizar el caso antes de utilizarla muy puntualmente. Sin embargo, un intento terapéutico con una tanda de ATB durante 2 semanas si no se han utilizado recientemente, parece un intento razonable antes de la cirugía y es utilizado comúnmente por muchos pediatras prácticos. En cualquier caso, ante la alta tasa de resolución espontánea de la OME en verano, es práctica común dejar pasar esta estación antes de cualquier abordaje quirúrgico.

Es frecuente la utilización en OMEC de terapias con descongestionantes nasales, mucolíticos o antihistamínicos, solos o en asociación. Ningún estudio controlado ha demostrado beneficio alguno con su uso. Es probable que los antihistamínicos ejerzan algún efecto beneficioso sobre la OME en pacientes con alergia asociada, pero no se han hecho estudios al respecto.

Otorrea en el niño portador de drenajes transtimpánicos

Es una frecuente complicación que debe ser tratada con ciprofloxacino tópico.

La otorrea ocurre en un 20-50% de los niños portadores de drenajes. La otorrea aguda debe considerarse como un episodio más de OMA. Los gérmenes responsables son los mismos que en niños no intervenidos, debiendo considerar, asimismo, la flora que proviene del conducto auditivo externo (*Pseudomonas aeruginosa*, estafilococo dorado y *Proteus mirabilis*). Hay un creciente aislamiento del estafilococo resistente a la meticilina adquirido en la comunidad (MARSA). La utilización de ciprofloxacino tópico es de primera elección⁽²⁵⁾, pues se ha mostrado tan eficaz como amoxicilina/clavulánico y superior en erradicación bacteriológica, con nulos efectos secundarios ni inducción de resistencias. En casos recidivantes o persistentes, se ha ensayado con éxito la combinación de ambos tratamientos, tópico y sistémico. Estudios recientes sugieren que la asociación de uso tópico de ciprofloxacino con corticoides es superior al ciprofloxacino solo.

Otitis externa

La otitis externa se produce generalmente por exceso de humedad en el conducto auditivo. Las normas higiénicas y un tratamiento antibiótico local serán suficientes en la mayoría de casos.

La otitis externa es la inflamación y/o infección del conducto auditivo externo. En la práctica del pediatra de AP, es importante conocer la otitis aguda externa difusa, la otitis aguda externa circunscrita o forúnculo del conducto auditivo y la miringitis ampollosa o bullosa.

Otitis aguda externa difusa (“otitis de las piscinas”)

La humedad persistente en el conducto auditivo altera los mecanismos inmunitarios locales. Sin embargo, la sequedad extrema, la ausencia total de cerumen (que actúa contra la humedad) o el tapón de cerumen impactado (que retiene agua) también son factores predisponentes a la otitis externa. La etiología puede ser bacteriana, generalmente por *Pseudomonas* (80%) y estafilococo, pero también por enterobacterias (*Proteus mirabilis*), difteroides o citrobacter, micótica (*Candidas* en inmunodeficientes y *Aspergillus* en diabéticos) o vírica: herpes simple y varicela-zóster (síndrome de Ramsay-Hunt). La otitis externa difusa aparece también como frecuente complicación de la otorrea en portadores de drenaje transtimpánico.

Clínica

La clínica se caracteriza fundamentalmente por el dolor, precedido a veces de prurito, con los clásicos signos del trago y del pabellón muy positivos. Suele ser unilateral. Habitualmente, hay disociación clínico-otoscópica; puesto que, el niño tiene un dolor muy superior a los escasos o nulos signos inflamatorios que pueden visualizarse en fases iniciales. El dolor intenso se debe a la inervación del conducto auditivo externo por 4 pares craneales. Posteriormente, aparece hiperemia de intensidad variable de la piel del conducto auditivo externo y estrechamiento hasta del 50% de la luz del mismo, con dificultades para visualizar la membrana timpánica. Es frecuente la hipoacusia y no es rara la supuración. La fiebre no es común y, cuando aparece, suele traducir infección mixta estafilococo-pseudomona. Puede acompañarse de adenopatías preauriculares.

El diagnóstico diferencial con la OMA no siempre es fácil, especialmente cuando hay supuración que impide la visualización de la membrana timpánica. El dolor suele mejorar cuando hay perforación en la OMA y, en cambio, empeora con la otorrea en otitis externa. En caso de duda, el timpanómetro es un aliado imprescindible, al verificarnos si existe o no perforación timpánica con la valoración del volumen del oído medio. Los signos del trago y del pabellón son

propios de la otitis externa y no de la OMA. En la OMA suele haber un antecedente catarral y es más frecuente la fiebre. La otitis externa es más propia del verano. Si la otitis externa cursa con edema periauricular, debe diferenciarse de la mastoiditis, en la que suele haber un episodio previo de OMA, hipoacusia, dolor a la presión de la apófisis mastoidea y ausencia del signo del trago. En la otitis externa, se conserva el surco postauricular, que puede borrarse en la mastoiditis.

Tratamiento

El tratamiento fundamental es el analgésico, puesto que el dolor es el signo capital. La utilización de paracetamol o ibuprofeno a dosis adecuadas suele ser suficiente. Es útil el calor local. En casos más importantes, se obtiene buena respuesta con la asociación de paracetamol y codeína. Si hay mucho material orgánico y exudado, debe procederse a una limpieza del conducto auditivo con cureta o irrigación y, si no es posible hacerlo en la consulta, el paciente debe ser remitido al especialista ORL. De no hacerse esta limpieza, el ATB tópico no va a contactar con la pared del conducto y el tratamiento va a fracasar. Si el conducto está permeable, hay que administrar ATB local. Clásicamente, se han utilizado preparados que asocian aminoglucósidos (neomicina, polymixina o colistina) con corticoides, a razón de 2 gotas, 4 veces al día durante 7 días. No hay estudios que comparen la ventaja adicional de la utilización de corticoides con respecto al uso sólo de ATB. Para el uso de estos preparados clásicos, hay que tener la absoluta certeza de que la membrana timpánica no está perforada, lo que puede ser difícil si hay secreción y no se dispone de un timpanómetro, puesto que se ha descrito ototoxicidad en raras ocasiones. Estos preparados llevan propilenglicol y ácido acético, que resultan irritantes y pueden causar eccema de contacto. Por otra parte, se han descrito reacciones de sensibilización a los aminoglucósidos tópicos. El ciprofloxacino ótico es igualmente eficaz y, pese a que su coste es muy superior, parece la opción más recomendable en la actualidad⁽²⁶⁾, por su mejor tolerancia, dosificación más cómoda (2 veces al día) y ausencia de

efectos secundarios y sensibilización. El niño con la habitual otitis externa leve puede seguir bañándose, siempre que no bucee en el curso del tratamiento.

Pese a su teórica banalidad, la otitis externa no está exenta de potenciales complicaciones, por lo que el pediatra de AP deberá derivar toda otitis externa con fiebre, que requerirá de cultivo de la secreción y probable tratamiento parenteral, y siempre que no se obtenga mejoría con 7 días de tratamiento local.

La prevención de las recidivas es fundamental en el niño practicante de natación. Hay que educarle para que proceda al secado cuidadoso del conducto después del baño, utilizando la punta de la toalla, puesto que la humedad es el principal caldo de cultivo para el sobrecrecimiento de *Pseudomonas*. Es muy útil en casos recidivantes, la instilación de unas gotas de ácido acético (vinagre común de cocina) diluido al 50% en agua, en el conducto auditivo externo al salir de la piscina, dado que la reducción del pH en el conducto auditivo impide la proliferación bacteriana, especialmente de *Pseudomonas*. Se han comercializado recientemente secadores eléctricos para conducto auditivo externo, pero un secador de pelo convencional muestra también su utilidad. La utilidad del uso de taponos es controvertida.

Otitis aguda externa circunscrita (forúnculo del conducto auditivo externo)

Causada por estafilococo dorado, debe recibir tratamiento inicial sistémico con cloxacilina o ATB con actividad antiestafilocócica, asociado a analgesia suficiente. Si el cuadro es grave o no responde al tratamiento en 3 días, deberá derivarse al ORL para proceder al drenaje.

Miringitis

La miringitis es la inflamación de la membrana timpánica. Es frecuente observar hiperemias timpánicas con otalgia en el curso de cuadros víricos de vías altas, sin presencia de exudado de oído medio. Una vez más, el timpanómetro nos ofrecerá el diagnóstico diferencial entre simple miringitis y OMA. Estas formas catarrales no deben recibir tratamiento antibiótico, aunque

debe vigilarse su evolución, dado que pueden evolucionar hacia OMA. La visualización de bullas timpánicas (que hay que diferenciar de la presencia de niveles líquidos retrotimpánicos propios de formas crónicas de otitis media con exudado) asociada a un intenso dolor es diagnóstica de miringitis bullosa o ampollosa. La miringitis ampollosa es una forma de otitis media con participación de la membrana timpánica que, si bien clásicamente se consideró debida a *Mycoplasma pneumoniae*, se ha observado que es causada más frecuentemente por los gérmenes habituales productores de OMA (neumococo, *Haemophilus*...). El tratamiento inicial será idéntico al de la OMA. El fracaso terapéutico deberá hacer considerar la posibilidad de instaurar un macrólido con actividad frente micoplasma. La miringitis por micoplasma raramente cursa sin afectación concomitante del tracto respiratorio inferior (traqueobronquitis, neumonía).

Otitis externa necrotizante (“otitis externa maligna”)

Es la infección del cartílago y el hueso del conducto auditivo externo. Es una rara entidad que debe ser conocida por el pediatra de AP dado su carácter grave. Afecta a lactantes, diabéticos e inmunodeprimidos. Es causada por *Pseudomonas* y se caracteriza por fiebre, mal estado general, toxicidad, necrosis del conducto auditivo, extensión al oído medio e interno, parálisis facial y afectación del SNC. Puede diagnosticarse en fase inicial con la visualización del tejido de granulación en la zona de transición cartílago-hueso del conducto auditivo externo. Ante su sospecha, el niño debe derivarse urgentemente al hospital para tratamiento quirúrgico. Sin tratamiento, la mortalidad se eleva hasta el 80%.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Bluestone CD, Klein JO. Otitis media in infants in children. 4ª ed. BC Decker. Hamilton; 2007.
- 2.* Brook I, Gober AE. Reliability of the microbiology of spontaneously draining acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 571-2.
- 3.*** Del Castillo F, Baselga B, Baquero F, Garcia MJ. Estudio prospectivo de 122 aislamientos de otitis media aguda en niños. *Acta Pediatr Esp*. 1999; 57: 465-9.

- 4.** Chonmaitree T, Ruohola A, Hendley JO. Presence of viral nucleic acids in the middle ear. Acute otitis media pathogen or bystander? *Pediatr Infect Dis J*. 2012; 31: 325-30.
- 5.* Leibovitz E, Satran R, Piglansky L, Raiz S, Press J, Leiberman A, et al. Can acute otitis media caused by *Haemophilus influenzae* be distinguished from that caused by *Streptococcus pneumoniae*? *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22: 509-14.
- 6.* De la Flor J, Parellada N. Correlació d'otoscòpia visual, otoscòpia pneumàtica i timpanometria en la detecció de disfunció de trompa d'Eustaquí i d'exudat d'oida mitjana. *Pediatr Catalana*. 2003; 63: 62-8.
- 7.* Van Zuijlen DA, Schilder AGM, Van Balen FAM, Hoes AW. National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J*. 2001; 20: 140-4.
- 8.** McCormick DP, Chonmaitree T, Pitmann C. Nonsevere acute otitis media: A clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics*. 2005; 115: 1455-65.
- 9.*** Spiro DM, Arnold DH. The concept and practice of a wait-and-see approach to acute otitis media. *Curr Opin Pediatr*. 2008; 20: 72-8.
- 10.** Pichichero ME, Casey JR. Diagnostic inaccuracy and subject exclusions render placebo and observational studies of acute otitis media inconclusive. *Pediatr Infect Dis J*. 2008; 27: 958-62.
- 11.*** American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Management of Acute Otitis Media: diagnosis and management of acute otitis media: *Pediatrics*. 2004; 113: 1451-65.
- 12.*** Leibovitz E, Asher E, Piglansky L. Is bilateral acute otitis media clinically different than unilateral acute otitis media?. *Pediatric Infect Dis J*. 2007; 26: 589-92.
- 13.*** McCormick DP, Chandler SM, Chonmaitree T. Laterality of acute otitis media: different clinical and microbiologic characteristics. *Pediatric Infect Dis J*. 2007; 26: 583-8.
- 14.** Cohen R, Levy C, Boucherat M, Langue J, Autret E, Gehanno P, De la Rocque F. Five vs. ten days of antibiotic therapy for acute otitis media in young children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 548-63.
- 15.* Hoberman A, Paradise JL, Cohen R. Duration of therapy for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 471-4.
- 16.*** Musher D, Dagan R. Is the pneumococcus the one and only in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 399-400.

- 17.** Leibovitz E, Piglansky L, Raiz Single, Press J, Leiberman A, Dagan R. Bacteriologic and clinical efficacy of one day vs. three day intramuscular ceftriaxone for treatment of nonresponsive acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 1040-5.
- 18.** Dagan R, Johnson CE, McLinn Single, Abughali N, Feris J, Leibovitz E, et al. Bacteriologic and clinical efficacy of amoxicillin/clavulanate vs. azithromycin in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 95-104.
- 19.*** Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *New Engl J Med*. 2007; 356: 248-61.
- 20.*** Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF. Early versus delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media: developmental outcomes at the age of three years in relation to prerandomization illness patterns and hearing levels. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22: 309-14.
- 21.* Niemela M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M, Uhari M. El chupete como factor de riesgo de otitis media aguda: estudio controlado de diseño aleatorio sobre consejos a los padres. *Pediatrics* (ed. esp.). 2000; 50: 154-8.
- 22.*** Bush A. Recurrent respiratory infections. *Ped Clin N Am*. 2009; 56: 67-100.
- 23.** Hammaren-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J. Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of tympanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial. *Pediatrics*. 2005; 116: 185-9.
- 24.** Kujala T, Alho OP, Luotonen J, Kristo A, Uhari M, Renko M, et al. Tympanostomy with and without adenoidectomy for the prevention of recurrences of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2012; 31: 565-9.
- 25.* Goldblatt EL. Efficacy of ofloxacin and other otic preparations for acute otitis media in patients with tympanostomy tubes. *Pediatr Infect Dis J*. 2001; 20: 116-9.
- 26.* Ruben RJ. Efficacy of ofloxacin and other otic preparations for otitis externa. *Pediatr Infect Dis J*. 2001; 20: 108-10.
- Behrman RE, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19ª ed. Philadelphia; 2011. p. 2199-213.
- Completa y actualizada revisión en el libro de texto de pediatría general más consultado en el mundo. 14 páginas de obligada lectura para el pediatra de AP.
- Pelton SI. Otitis media. En: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. *Principles and practice of pediatric infectious diseases*. 4ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 213-20.
- Lo fundamental en otitis media condensado en 7 imprescindibles páginas de un tratado de enfermedades infecciosas pediátricas. Ideal para pediatras de AP con poco tiempo para la lectura.
- Segal N, Leibovitz E, Dagan R. Acute otitis media-diagnosis and treatment in the era of antibiotic resistant organisms: Updated clinical practice guidelines. *Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005; 69: 1311-9.
- Guía de práctica clínica que recoge los conceptos más modernos en el manejo de esta patología.
- Spiro DM, Arnold DH. Acute otitis media. En: Bajaj L, Hambidge SJ, Kerby G, Nyquist AC, eds. *Berman's pediatric decision making*. 5ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 124-7.
- Guía actualizada en un texto de algoritmos pediátricos.

Bibliografía recomendada

- Arnold DH, Spiro DM. Otitis media with efusión. En: Bajaj L, Hambidge SJ, Kerby G, Nyquist AC, eds. *Berman's pediatric decision making*. 5ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 128-31.
- Guía actualizada en un texto de algoritmos pediátricos.
- Kerchner JE. Otitis media. En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, St Geme JW,

Caso clínico 1. Otitis media aguda: etiología, clínica y diagnóstico

Un niño de 2 años sin antecedentes valorables acude a la consulta a finales del mes de setiembre, dos semanas después de haber iniciado su escolarización, con un cuadro de otalgia bilateral intensa de varias horas de evolución, en el curso de un proceso catarral que se inició 24 horas antes. La madre le ha administrado una dosis de paracetamol, que no ha eliminado totalmente el dolor. A la exploración física, observamos a un niño afebril, con buen estado general, faringe hiperémica, moco claro en

cavum y rinorrea acuosa. El signo del trago es negativo. La otoscopia neumática nos muestra una intensa hiperemia bilateral de ambas membranas timpánicas, sin presencia ni de abombamiento ni de exudado en conducto auditivo externo. La movilidad de ambas membranas a la presión positiva y negativa es normal.

La timpanometría muestra disfunción de la trompa de Eustaquio (presiones negativas, con curva desplazada hacia la izquierda) y ausencia de derrame en oído medio.

Caso clínico 2. Otitis media aguda: complicaciones y tratamiento

Acude a la consulta un lactante de 11 meses sin antecedentes de interés, que asiste desde hace 2 meses a la guardería, con un cuadro de fiebre de 4 días de duración, acompañado de un cuadro catarral de larga evolución (“está resfriado desde que empezó la guardería”) e irritabilidad nocturna. El examen físico muestra una faringe congestiva, moco espeso en cavum, rinitis, otoscopia con marcada hiperemia

y coloración amarillenta de la membrana timpánica. Con el diagnóstico de OMA, se inicia tratamiento con amoxicilina a dosis de 80 mg/kg/día. Al tercer día, el niño acude de nuevo al no experimentar ninguna mejoría, pese a un cumplimiento y aceptación de la vía oral adecuados y se prescribe un antibiótico de 2ª línea. 48 horas después, el lactante permanece febril y sigue con una marcada irritabilidad nocturna.

Caso clínico 3. Otitis media aguda de repetición-otitis media crónica

Se trata de un niño de 2 años y medio, asistente a guardería. En los antecedentes familiares, destaca asma bronquial en la madre. Es un paciente habitual de nuestra consulta, con frecuentes procesos catarrales y antecedentes de 4 episodios de OMA bien documentados en un periodo de 11 meses. Su último proceso agudo fue hace 4 meses. Al coincidir con el periodo estival, se decidió una conducta expectante y se aconsejó nuevamente eliminar el tabaquismo pasivo, retirar muñecos de peluche de su habitación y retirar el chupete por la noche. El niño ha recibido diversas tandas de tratamiento antibiótico en los últimos meses, la última por una faringitis tratada en un servicio de urgencias, con amoxicilina, hace 7

días. El motivo de consulta actual es que la madre cree que el niño habla poco para su edad. No es capaz de juntar dos palabras y su vocabulario no va más allá de 7 u 8 palabras. Se adjunta un informe escolar en el que se describe una conducta aislada y poco participativa. El examen físico muestra a un niño de aspecto normal, sin hallazgos significativos, salvo la presencia de una otoscopia con tímpanos de coloración azulada, ligera retracción timpánica, otoscopia neumática con inmovilidad total de ambas membranas timpánicas y timpanograma completamente plano. Estos mismos hallazgos se documentan varias veces en la historia desde el último episodio de OMA.

