



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA C-II
"DR. MANUEL VELASCO SUAREZ"
DESARROLLO HUMANO



"Otitis Media Aguda"

Monografía

Alumna:

Cruz del Rosario López Gordillo

V modulo Grupo: AB

Dra. María de los Ángeles Cuesy Ramírez

Competencia: Otorrinolaringología

Subcompetencia: Oído

13 de Noviembre de 2015, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

INDICE	
Introducción	2
Definición y Etiología.....	3
Epidemiología	3
Etiopatogénesis	3
Etapas clínicas	3
Exploración	4
Diagnostico	4
Tratamiento	5
Profilaxis.....	5
Conclusión	5
Referencias.....	6

Definición y Etiología

La Otitis Media Aguda (OMA) se define como la presencia de efusión del oído medio acompañada por los signos de inflamación aguda del oído medio, como otalgia, otorrea, fiebre y malestar general. (Kim Stol, y otros, 2013)

Es la enfermedad más común causada por *Streptococcus pneumoniae* y uno de los más diagnósticos frecuentes en menores de 2 años de edad. Uno de cada tres niños tiene al menos un episodio de otitis media aguda durante los primeros tres años de vida. Así como también es la principal causa de prescripción de antibióticos en los países desarrollados. (Reijtman, y otros, 2013)

Epidemiología

La OMA es una de las enfermedades infecciosas más prevalentes en todo el mundo: más del 80 % de los niños tienen OMA una vez antes de los 3 años y el 40% tienen 6 o más recurrencias por edad. A nivel mundial, la OM es la tercera causa más importante de pérdida de la audición, con una prevalencia del 30.82 por 10, 000. (de Oliveira Penido, Sreedevi Chandrasekhar, Borin, de Albuquerque Maranhão, & Gurgel Testa, 2015)

Etiopatogénesis

Los agentes bacterianos más frecuentes causantes de OMA en nuestro medio antes de la introducción de la vacuna antineumocócica eran: *Streptococcus pneumoniae* (35%), *Haemophilus influenzae* no tipificable (25%), *Streptococcus pyogenes* (3-5%), *Staphylococcus aureus* (1-3%) y *Moraxella catarrhalis* (1%). Otros microorganismos menos frecuentes como causa de OMA en los niños sanos son *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y anaerobios, y muy excepcionales *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia* y algunos hongos. Y por causas no aclaradas, entre un 20 y un 30% de los cultivos de los exudados de la cavidad media del oído son estériles.

La otalgia es el dato clínico más específico de OMA, la otorrea aguda (purulenta) es muy sugestiva de OMA. Aunque se observan síntomas catarrales en el 70 al 90% de las OMA, tienen escaso valor discriminativo. Suele haber otros síntomas inespecíficos, como fiebre, vómitos y rechazo del alimento, pero estos datos clínicos por sí solos, en niños menores de 3 años (en quienes la otalgia es poco valorable), no nos permiten diferenciar una OMA de una infección respiratoria de vías altas. (del Castillo Martín, , y otros, 2012)

Etapas clínicas

La OMA según la clínica acompañante y las características del exudado puede dividirse en:

1. Otitis media aguda: presencia sintomática de exudado en el oído medio (generalmente mucopurulento). Es el cuadro al que nos vamos a referir principalmente y se diferencian varias presentaciones:

- OMA esporádica: episodios aislados.
- OMA de repetición: episodios repetidos, a su vez clasificada en:

Introducción

La otitis media (OMA) es una de las enfermedades más frecuentes durante la infancia y la razón más común para los niños pequeños para visitar un médico. En muchos países, es la razón más común para recibir antibióticos o someterse a cirugía. (Kim Stol, y otros, 2013)

Las bacterias típicas implicadas en OMA son *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae*. En OMA, *S. pneumoniae* es el patógeno más frecuentemente detectado en el centro líquido en el oído, seguido por no tipificable *H. influenzae* y *M. catarrhalis*. (Kim Stol, y otros, 2013)

El diagnóstico de OMA en la infancia se basa en la clínica y la exploración otoscópica. Las dificultades que presenta se deben a múltiples factores, principalmente a la inespecificidad de los síntomas (que aumenta cuanto más pequeño es el niño) y a la dificultad de la otoscopia (conducto auditivo estrecho y tortuoso, paciente poco colaborador, etc.). Con el fin de mejorar la precisión del diagnóstico, hay que intentar basarse en parámetros lo más objetivos posible, definiendo una serie de criterios clínicos y otoscópicos. (del Castillo Martín, , y otros, 2012)

En la actualidad, a pesar de la otitis media tiene un curso benigno y por lo general responde bien al tratamiento en general, algunos casos puede desarrollar complicaciones graves y letales con las tasas de mortalidad considerables que van del 8% al 18,6 %.

Las complicaciones extracraneales más comunes de OM incluyen parálisis facial, absceso subperióstico, mastoiditis y laberintitis. Las complicaciones intracraneales más frecuentes (CCI) de la MO son la meningitis, absceso cerebral, trombosis del seno lateral (LST), absceso extradural, hidrocefalia óticas y la encefalitis. Incidencias reportadas para estas complicaciones varían ampliamente. (de Oliveira Penido, Sreedevi Chandrasekhar, Borin, de Albuquerque Maranhão, & Gurgel Testa, 2015)

Para prevenir las enfermedades neumocócicas invasivas, las vacunas antineumocócicas conjugadas (PCV) se han introducido en todo el mundo. Varias pautas nacionales que recomiendan a los antibióticos tratamiento para la otitis media aguda se actualizan de forma continua, basado en datos bacterianos y los patrones de resistencia a antibióticos. (Tal Marom, Elad Avraham, Udi Cinamon, & Ovnat Tamir, 2015)

- a) OMA persistente: reagudización de los síntomas de la OMA en los primeros 7 días tras finalizar tratamiento (se consideran como el mismo episodio).
- b) OMA recidivante (recaída verdadera): reaparición de los síntomas después de 7 días de curada (se consideran episodios diferentes).
- c) OMA recurrente: tendencia a contraer OMA, con infecciones respiratorias de vías altas. Se define como al menos 3 episodios en 6 meses o al menos cuatro en un año.

2. Otitis media con exudado o subaguda (mal llamada otitis media serosa): presencia de exudado en el oído medio de manera asintomática (salvo hipoacusia de transmisión). Suele ocurrir tras una OMA, pero en el 90% de los casos se resuelve espontáneamente. Si persiste más de 3 meses se denomina otitis media crónica con exudado.

3. Otitis media crónica con exudado: ocupación del oído medio durante más de 3 meses. (del Castillo Martín, , y otros, 2012)

Exploración

1. General: deben buscarse signos de bacteriemia-sepsis, como decaimiento, mal estado general, postración y alteración de la perfusión cutánea. También deben explorarse los signos meníngeos y neurológicos por la posibilidad de complicación intracraneal.
2. Regional: la OMA suele acompañarse de procesos inflamatorios de las vías respiratorias altas, o puede producir complicaciones regionales, por lo que hay que explorar las fosas nasales, la orofaringe y las regiones cervical y mastoidea.
3. Local (otoscopia): después de ver la «poca especificidad» de los datos clínicos, los hallazgos de la otoscopia son fundamentales para un diagnóstico preciso de OMA. Por tanto, es muy importante poder explorar el tímpano, extrayendo si fuera preciso el cerumen o las secreciones que puedan obstruir el conducto auditivo externo. En la otoscopia podemos observar:
 - Abombamiento del tímpano: signo más frecuente en la OMA.
 - Cambios en la coloración de la membrana timpánica: opacidad, coloración amarillenta (exudado purulento en el oído medio), hiperemia (como signo aislado tiene poco valor, excepto si es intensa). (del Castillo Martín, , y otros, 2012)

Diagnostico

Según el consenso sobre otitis media de la *American Academy of Pediatrics/American Academy of Family Physicians* de 2004, el diagnóstico debe basarse en 3 criterios:

1. Comienzo agudo de los síntomas.
2. Signos otoscópicos de ocupación del oído medio: abombamiento, neumatoscopia patológica u otorrea.
3. Presencia de signos y síntomas inflamatorios (otalgia o intensa hiperemia del tímpano). (del Castillo Martín, , y otros, 2012)

Tratamiento

Sintomático:

El tratamiento de elección tras el diagnóstico es la analgesia. Suele ser suficiente ibuprofeno o paracetamol por vía oral a las dosis habituales.

Antibiótico o conducta expectante

El antibiótico de primera elección es la amoxicilina a dosis altas (80-90 mg/kg al día repartida cada 8 h). A estas dosis tiene un buen efecto bactericida y llega bien al oído medio.

El tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico a dosis de 80 mg/kg/día se indica si el niño es menor de 6 meses, en lactantes con clínica grave (fiebre > 39 °C o dolor muy intenso), cuando haya historia familiar de secuelas óticas por OMA o un fracaso terapéutico de la amoxicilina. (Tal Marom, Elad Avraham, Udi Cinamon, & Ovnat Tamir, 2015)

Profilaxis

Recientemente se han desarrollado 2 nuevas vacunas antineumocócicas conjugadas: la 10-valente (*Synflorix*®), que añade a los serotipos de la vacuna heptavalente el 1, el 5 y el 7F y la 13-valente (*Prevenar 13*), que suma a los anteriores los serotipos 3, 6A y 19A. Ambas han sido aprobadas para la prevención de la enfermedad neumocócica invasora y de la OMA por neumococo en los niños de 6 semanas a 5 años de vida.

La antibioticoterapia no es suficiente y debe drenarse la colección supurada mediante la miringotomía o timpanocentesis para evitar las complicaciones, sobre todo en los lactantes y en los niños pequeños. (Tal Marom, Elad Avraham, Udi Cinamon, & Ovnat Tamir, 2015)

Conclusión

La otitis media (OMA) es una de las enfermedades más frecuentes de la infancia, *Streptococcus pneumoniae* (Sp), *Haemophilus influenzae* (Hi) y *Moraxella catarrhalis* (Mc) son los más frecuentes bacterias aisladas de niños con OMA.

Se analizan la etiología de la enfermedad y los posibles cambios de esta después de la introducción de la vacuna antineumocócica.

Se considera OMA confirmada si hay coincidencia de 3 criterios: comienzo agudo, signos de ocupación del oído medio (u otorrea) y signos o síntomas inflamatorios, como otalgia o intensa hiperemia timpánica y OMA probable cuando existan solo 2 criterios.

El tratamiento antibiótico de elección la amoxicilina o amoxicilina-ácido clavulánico se indica cuando hay fracaso terapéutico de la amoxicilina.

Para prevenir las enfermedades neumocócicas invasivas, se han introducido las vacunas antineumocócicas conjugadas (PCV) en todo el mundo. Hasta cierto punto, estas vacunas también han demostrado reducir la carga de la OMA.

Referencias

- Daniel, Intiaz-Umer, Fergie, Birchall, & Bayston. (2012). Bacterial involvement in otitis media with effusion. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 1416–1422.
- de Oliveira Penido, Sreedevi Chandrasekhar, Borin, de Albuquerque Maranhão, & Gurgel Testa. (2015). *Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY*, 1-10.
- del Castillo Martín, , Baquero Artigao,, de la Calle Cabrera,, López Robles, Ruiz Canela,, Alfayate Miguelez,, . . . Calvo Rey, . (2012). Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *ANALES DE PEDIATRÍA*, 345.e1--345.e8.
- Kim Stol, Verhaegh, Graamans, Engel, Sturm, Melchers, . . . Hermans. (2013). Microbial profiling does not differentiate between childhood recurrent acute otitis media and chronic otitis media with effusion. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 488–493.
- Pellegrini, Gonzalez Macchi, Sommerfleck, & Bernáldez. (2012). Diecisiete casos de complicaciones intratemporales de otitis media aguda en niños de dos años. *ACTA OTORRINOLARINGOLOGICA ESPAÑOLA*, 21-25.
- Reijtman, Gagetti, Faccone, Fossati, Sommerfleck, Hernández, . . . Corso. (2013). Macrolide resistance in *Streptococcus pneumoniae* isolated from Argentinian pediatric patients suffering from acute otitis media. *REVISTA ARGENTINA DE MICROBIOLOGÍA* , 262-266.
- Tal Marom, Elad Avraham, Udi Cinamon, & Ovnat Tamir. (2015). The effect of immunization with pneumococcal conjugated vaccines on *Streptococcus pneumoniae* resistance patterns in acute otitis media. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* , 1-4.