

Boletín Epidemiológico **Otitis**, Tlaxcala



OTITIS

Definición

La otitis media es la presencia de derrame en el oído medio con inflamación de la membrana timpánica (TM), se acompaña de: fiebre, irritabilidad o dolor de oídos. La otitis media aguda (OMA) es una inflamación asociada con la acumulación de líquido en el oído medio (derrame) o descarga a través de la membrana timpánica (otorrea).

La miringitis es la inflamación de la capa externa de la membrana timpánica que puede ocurrir sola o asociada a inflamación del conducto auditivo externo.

La otitis externa (OE) es la inflamación del conducto auditivo externo, frecuentemente bacteriano, puede ser aguda (<6 semanas) o crónica (>3 meses) y necrosante o maligna.

Epidemiología

La otitis media es un problema de salud pública que afecta a 1 de cada 4 niños menores de 10 años, particularmente entre los 3 meses y 3 años de edad. El pico de prevalencia de OMA es de los 6 a los 18 meses.

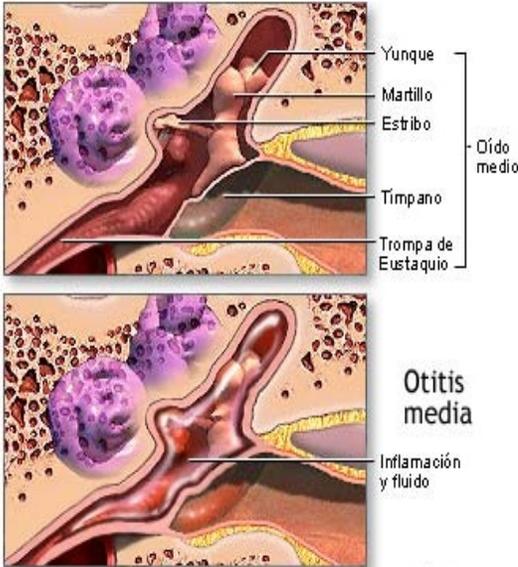
Los lactantes y los preescolares son la población que presenta mayor riesgo de OMA. En México, durante los últimos cinco años la OMA se ha mantenido entre las primeras siete causas de morbilidad dentro del grupo de menores de cinco años de edad. La OMA es la infección bacteriana más expandida y representa el 13% de los motivos de consulta en pediatría y el 31% de las prescripciones de antibióticos.

La frecuencia de la OMA disminuye después del segundo año de vida y cerca de dos terceras partes de los niños de 3 años ya han presentado un episodio de OMA y uno de cada tres ha presentado más de 3 episodios. La otitis externa afecta hasta el 10% de la población en algún momento de su vida.

La causa más frecuente de otitis externa aguda es por infección bacteriana y afecta a 4 de cada 1,000 personas al año en los países desarrollados.

La forma crónica ocurre más comúnmente por infecciones micóticas pero también puede ser de origen alérgico o ser una manifestación de dermatitis. La otitis aguda es en el 90% de los casos unilateral y el pico de incidencia máxima va de los 7 a los 12 años y disminuye después de los 50 años y se asocia con climas húmedos, cálidos, trauma local y uso de audífonos o protectores óticos.





Etiología

La otitis media aguda usualmente es causada por *Streptococcus pneumoniae* en 20 a 40%, *Haemophilus influenzae* no tipificables del 20 al 30%, *Moraxellacatarrhalis* 10-15%. *H. influenzae* puede ser productor de betalactamasas y el *S. pneumoniae* penicilinoresistente.

Son raros los casos en los que se aíslan *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, que van asociados a neumonía. La otitis externa es causada hasta en un 50% por *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y otras bacterias aeróbicas y anaeróbicas.

La incidencia de infecciones micóticas es del 10% y menos del 5% se atribuye a forunculosis, herpes zoster y otras condiciones no especificadas.

Factores de riesgo

- Infección respiratoria previa viral puede encontrarse hasta el 40% de los casos.
- Bajo peso al nacer.
- Ausencia de alimentación al seno materno.
- Exposición pasiva al tabaco.
- Factores ambientales.
- Niños menores de 2 años: la respuesta inmune contra polisacáridos bacterianos no está plenamente desarrollada.
- Hacinamiento.
- Asistencia a la guardería.
- Sexo masculino.
- Defectos congénitos: paladar hendido, síndrome de Down.
- Otras condiciones: desviación de la nariz, pólipos, hipertrofia adenoidea, úvula bífida, sinusitis.
- Uso de biberón.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Inmunodeficiencias: leucemia, síndrome de Wiskott-Aldrich, VIH, deficiencias inmunológicas primarias específicas de IgG y sus fracciones.

Cuadro clínico

La evolución habitual de la OMA incluye 3 fases:

A. Hiperémica: Fase inicial caracterizada por fiebre, otalgia y la otoscopia con hiperemia de varios grados. Esta fase puede durar de 1 a 2 días. En los lactantes los síntomas pueden ser menos localizados y consistir en irritabilidad, vómito, malestar y diarrea.

B. Exudativa: La otalgia y fiebre se hacen más intensas y a la otoscopia se encuentra formación de moco en la cavidad del oído medio produciendo abombamiento, edema y opacificación de la membrana timpánica. Frecuentemente se observa que se manipulan digitalmente los pabellones auriculares para contrarrestar la molesta sensación obstructiva y la incomodidad al deglutir. Esta fase dura entre 2 y 3 días.

C. Supurativa: Hay disminución de la fiebre y el dolor, y otorrea a través del conducto auditivo externo (CAE), inicialmente serosanguinolento para posteriormente tornarse mucopurulento y fétido. La otoscopia, después de la limpieza, revela una perforación puntiforme y generalmente pulsátil. Esta es la fase más prolongada y puede durar hasta 8 días o más. Posteriormente, en la fase de resolución, un bajo porcentaje puede llegar a mastoiditis, que consiste en la propagación de la infección a las mastoides y que se manifiesta con un paciente febril, otorrea viscosa, aumento de dolor, rubor en la zona mastoidea y aspecto tóxico.

Diagnóstico

El diagnóstico de la OMA es clínico, a través de una adecuada historia clínica y un examen físico completo. La otoscopia neumática es un método de rutina para observar la movilidad, transparencia, color, vascularidad y posición de la membrana timpánica así como las anormalidades en el oído medio. La otoscopia de un oído infectado incluye exudado en la membrana amarillento o rojo, bulas asociadas a la disminución de la movilidad de la membrana timpánica con abombamiento de la misma que impide la adecuada visibilidad de los elementos osculares. Al comienzo, la OMA se manifiesta por un tímpano rosado con dilatación de los vasos del mango del martillo y luego en un segundo estado el tímpano se torna espeso, de color violeta, y los relieves de los huesecillos desaparecen.

El abombamiento hacia fuera de la membrana revela colección de líquido, pero puede no ser evidente en el lactante. La otitis perforada traduce la ruptura de tímpano y se acompaña de una secreción purulenta a través del conducto auditivo externo.

Los exámenes de audiometría establecen el grado de afectación en la agudeza auditiva. La timpanometría y la reflectometría acústica deben ser utilizadas cuando la otoscopia neumática no es exacta debido a una exploración difícil o a una anatomía anormal.

La toma de cultivos está indicada en las siguientes circunstancias:

- Presencia de síntomas generales que sugieran enfermedad grave.
- Sospecha de complicaciones tales como mastoiditis, celulitis, meningitis o absceso cerebral.
- Hospedero inmuno comprometido.
- Fracaso terapéutico.
- Recién nacidos con otitis.

Complicaciones

Las complicaciones asociadas a otitis son:

- Otitis media recurrente.
- Mastoiditis.
- Celulitis periorbitaria.
- Meningitis.
- Trombosis del seno cavernoso.
- Encefalitis focal otógena.
- Empiema subdural.
- Hipoacusia.
- Sordera.
- Parálisis facial.
- Laberintitis serosa aguda.

Tratamiento

1. Cuidados Generales:

Incrementar ingesta de líquidos. Mantener la vía respiratoria despejada, indicar al responsable del paciente como limpiar el conducto auditivo. Promover lactancia materna. Favorecer el ambiente libre de aeroalérgenos. Indique la posición de Fowler al dormir para disminuir la sintomatología.

2. Medicamentos:

Tratamiento del dolor o fiebre. Acetaminofén o Ibuprofeno. Antihistaminicos y descongestionantes: Los beneficios son limitados para el tratamiento de la OMA, sin embargo son recomendables cuando existe un fondo alérgico como etiología. Tratamiento tópico con corticoesteroides o antibióticos no está recomendado de rutina.

Antibióticos: Los objetivos de iniciar antimicrobiano son: cura clínica, evitar complicaciones y eliminar las bacterias del oído medio.

Aunque la duración de la terapia de la amoxicilina es controvertida, el consenso es que en menores de 6 años el esquema se mantenga 10 días y en niños mayores de 5 años de 5 a 7 días. El uso de un régimen corto parece disminuir la resistencia del neumococo y el estado de portador después del tratamiento, esto es relevante porque la flora residente determina el agente patógeno del próximo cuadro de OMA. En el caso de otitis crónica por causada por microorganismos multiresistentes y hongos debe de referirse al especialista. Tratamiento quirúrgico: Este se indica en caso de complicaciones y debe ser realizado por el especialista.

Prevención

La característica que más influye en el tratamiento es el cuidado de los niños sin importar el grupo etario.

La prevención consiste en:

- Educación al personal de salud, la comunidad y la familia
- Favorecer ambientes libres de aeroalérgenos.
- Evitar el humo de tabaco y leña.
- Lavado de manos.
- Evitar el uso de biberón cuando el lactante este acostado.

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23