

OTITIS MEDIAS AGUDAS DEL NIÑO

R. NICOLLAS, I. SUDRE-LEVILLAIN, J.-M. TRIGLIA

La otitis media aguda (OMA) constituye la primera causa de prescripción de antibióticos en el niño. La mayoría de las veces, esta enfermedad corresponde a la sobreinfección del oído medio por una bacteria, con presencia de derrame purulento o mucopurulento en la caja timpánica. Numerosos factores, tanto endógenos como exógenos pueden favorecer su aparición. Por suerte, las complicaciones de la OMA son raras, pero pueden ser graves; esto justifica que se recurra a la antibioticoterapia en caso de forma purulenta o de desarrollo de colecciones. En el terreno bacteriológico, se observa el aumento de frecuencia de los neumococos con sensibilidad disminuida a la penicilina, hecho que constituye un problema terapéutico creciente. Para enfrentarse a este fenómeno, está justificada la práctica de un examen bacteriológico después de una paracentesis, si existe fracaso a las 48 horas de una antibioticoterapia adaptada bien hecha.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Otitis aguda; Oído medio; Neumococo; Antibioticoterapia

INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda es, junto con la rinoaringitis, la primera causa de prescripción de antibióticos en el niño. La mayoría de veces, las otitis medias agudas (OMA) corresponden a la sobreinfección del oído medio por una bacteria, con presencia de derrame purulento o mucopurulento en la caja timpánica. Se presentan en el curso de una afección vírica o microbiana, cuya primera localización suele ser rinoaringea. La creciente tasa de las resistencias bacterianas a los antibióticos que se utilizan, conlleva la adaptación permanente de la elección de la antibioticoterapia.

EPIDEMIOLOGÍA

● Edad

La OMA es una enfermedad que, sobre todo, afecta al niño. Junto con las rinoaringitis, constituye la primera causa de prescripción de antibióticos y el segundo motivo de consulta al pediatra. Desde hace varios años, se observa un aumento paralelo del número de otitis diagnosticadas y de la prescripción de antibióticos en esta afección, hecho que algunos autores cuestionan^[1].

En 1989, Teele et al^[2] señalan que el 80% de los niños de 3 años ha presentado por lo menos un episodio de OMA y un 50% de ellos tres episodios como mínimo. Después, la frecuencia de las OMA decrece progresivamente hasta la edad de 6-7 años. Entre los 1 y 6 meses, esta infección es rara debido a la protección de los anticuerpos maternos. Antes de los 3 meses de edad, se presentan si existen condiciones que predispongan a ello, la epidemiología bacteriana es concreta y existe una potencial gravedad.

● Factores favorecedores

Factores anatomofisiológicos

La misma mucosa de tipo respiratorio ciliado tapiza la rinoaringe y el oído medio. La caja timpánica está abierta a la faringe por la trompa de Eustaquio, hecho que permite el drenaje fisiológico del moco secretado en el oído medio. En el lactante, es corta y abierta, y su mucosa, gruesa. Las rinoaringitis víricas, muy frecuentes en esta edad, conllevan una agresión del epitelio respiratorio que tapiza las fosas nasales, la faringe y la caja timpánica. Inducen una modificación de las relaciones entre las bacterias residentes (neumococo, *Haemophilus influenzae*,

Branhamella catarrhalis) y la mucosa. Por otra parte, un estudio reciente^[3] ha demostrado el papel favorecedor de la mononucleosis infecciosa en la colonización bacteriana masiva de la rinoaringe. La desaparición del movimiento mucociliar contribuye a la adhesión de las bacterias y a que se multipliquen. Su drenaje está comprometido por el edema de la trompa de Eustaquio. Las bacterias proliferan en el oído medio, dando lugar a una OMA purulenta.

En la mayoría de ocasiones, evolucionan hacia la curación de forma espontánea, sin antibiótico, sobre todo en las otitis por *H. influenzae* y en los niños mayores^[1]. La curación espontánea de la infección vírica inicial, en varios días, se acompaña de una recuperación de las facultades de drenaje del oído medio, lo que permite la curación de la sobreinfección bacteriana.

Factores endógenos

La hipertrofia de las vegetaciones adenoideas favorece asimismo la infección del oído medio por vía ascendente nasotubotimpánica y también puede constituir una reserva de gérmenes patógenos^[4].

El *reflujo gastroesofágico* (RGE) puede provocar una subida de líquido ácido al nivel de la rinoaringe y producir una alteración de la mucosa, hecho que favorece los episodios de OMA. Tasker^[5] objetivó el papel del RGE en las otitis seromucosas, de las cuales se conoce que son, a la vez, causa y consecuencia de las OMA.

La *carencia de hierro* se ha implicado en la repetición de los episodios infecciosos ORL, en especial rinoaringeos, y por ello puede constituir un elemento favorecedor de la aparición de OMA^[6].

La *alergia*: el papel de la atopia en el desarrollo de las OMA no se ha establecido todavía de un modo formal, si bien el niño alérgico está más expuesto a los procesos inflamatorios de la mucosa de las vías respiratorias. Ello podría ser un factor que predispusiera a la otitis seromucosa crónica.

Las *situaciones especiales*: la trisomía 21, las hendiduras velopalatinas, las anomalías de la función mucociliar y los déficit inmunitarios son factores que predisponen a las otitis.

La *herencia*: según los estudios genealógicos, parece que existe un factor hereditario claro que favorece la aparición de OMA de repetición^[7].

Modo de vida

La estancia en una guardería infantil es un factor favorecedor, porque la vida en colectividad expone a los niños a una incidencia especialmente aumentada de OMA. Muchos estudios en diversos países confirman esta asociación entre estancias en colectividades e infecciones ORL. La lactancia poseería un efecto protector en los niños menores de 3 años^[8].

Según algunos autores, el decúbito supino también favorecería dichas infecciones.

El tabaquismo pasivo está claramente reconocido como un factor favorecedor de todas las infecciones de las vías aéreas del niño.

Los factores socioeconómicos: las poblaciones con bajo nivel socioeconómico están más expuestas debido a diversos factores (higiene defectuosa, desnutrición y promiscuidad).

Los factores estacionales: los episodios de OMA son más frecuentes durante el período invernal, lo cual coincide con la incidencia de las virosis de las vías respiratorias superiores.

DIAGNÓSTICO DE OTITIS MEDIA AGUDA PURULENTO

La OMA se define como una inflamación aguda del oído medio. La OMA purulenta se caracteriza por la existencia de un derrame purulento o mucopurulento en la caja timpánica.

El diagnóstico de OMA purulenta es clínico; se fundamenta en la asociación de signos funcionales y generales de instauración reciente con signos otoscópicos.

Los signos funcionales son la otalgia y sus equivalentes (irritabilidad, llantos, insomnio...) y la hipoacusia.

Los signos generales son, en primer lugar, la fiebre, así como la astenia y la anorexia.

La otalgia y la fiebre, los dos signos más clásicos de la OMA purulenta, no son constantes. Pueden asociarse otros síntomas como consecuencia de la infección vírica desencadenante (rinorrea, tos, vómitos o diarrea) o por otra localización infecciosa (conjuntivitis purulenta).

El examen otoscópico es la piedra angular del diagnóstico, ya que los signos funcionales y generales, aunque indispensables, no son específicos en absoluto. Puede realizarse con el otoscopio, con el microscopio del consultorio (Fig. 1) o con otro conectado a un monitor (Fig. 2).

Los signos otoscópicos que se hallan en la OMA son:

- la inflamación: congestión o hipervascularización;
- asociada a un derrame retrotimpánico, exteriorizado o no (opacidad, desaparición de los relieves normales o abombamiento) (Figs. 3 y 4);
- a veces con un aspecto amarillento: tímpano tenso, próximo a la ruptura.

Un aspecto sugerente del tímpano, en ausencia de signos funcionales o generales, no debe establecer el diagnóstico de OMA purulenta, sino de otitis seromucosa.

Una congestión o una hipervascularización aislada pueden observarse en las rinofaringitis o cuando el niño grita durante el examen. En ausencia de signos de derrame retrotimpánico, el diagnóstico de OMA es poco probable.

BACTERIOLOGÍA DE LA OMA

● Epidemiología bacteriana de las otitis

Se conoce desde hace muchos años. Las principales bacterias responsables de la OMA del niño de más de 3 meses son *Streptococcus pneumoniae* (25-40%),



Figura 1 Realización de un examen microscópico en un lactante. Esta técnica permite la extracción, bajo control visual, de los diversos restos que a veces ocupan el conducto.



Figura 2 Realización de un examen con óptica. La imagen se transmite por una conexión de vídeo a un monitor. La calidad de las imágenes, de la que depende la precisión del diagnóstico, es muy buena.



Figura 3 Otitis media aguda derecha con colección. Se observa el intenso abombamiento del cuadrante posterosuperior frecuente en el niño y que adopta el aspecto de «ubres de vaca», clásicamente descrito.



Figura 4 Otitis media aguda supurada izquierda. La salida de pus que proviene del cuadrante anterosuperior es muy visible, así como el abombamiento del conjunto del tímpano.

Haemophilus influenzae (30-40%) y *Branhamella catarrhalis*. *Streptococcus pyogenes* (estreptococos del grupo A) y *Staphylococcus aureus* juegan un papel menor (<5%).

La asociación de varias bacterias es infrecuente pero posible, así como la sobreinfección por dos bacterias diferentes en cada oído.

A veces, se encuentran virus respiratorios aislados o en asociación con bacterias en el líquido auricular.

● Resistencia a los antibióticos

La resistencia a los antibióticos de las bacterias implicadas en la OMA purulenta está aumentando en todo el mundo^[9-17].

Además, los estudios que se basan en las muestras rinofaríngeas permiten aportar datos suplementarios sobre la evolución de las resistencias, puesto que, a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294503>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294503>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)