



CLINICA MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

Dr. Ricardo Acuña de Saz

OMA Y OMG

UNIVERSIDAD D EL SURESTE
ITZEL JAQUELIENE RAMOS MATAMBU

Otitis media aguda (OMA)

La otitis media aguda es una infección aguda de la mucosa que tapiza las cavidades del oído medio, que, en condiciones normales, es estéril. Suele ser una infección monobacteriana y los gérmenes más habituales son: *Streptococcus pneumoniae*, 35%; *H. influenzae*, 25%; *M. catarrhalis*, 13%; *S. pyogenes*, 4%. Hoy en día, hay una frecuencia creciente de bacterias productoras de β -lactamasas. La vía de propagación más común es la tubárica, con una diseminación retrógrada desde infecciones del tracto respiratorio superior hacia el oído. La mayor incidencia de la enfermedad se presenta entre los seis meses y los tres años de edad, hasta el punto de que casi dos terceras partes de los niños de tres o menos años han tenido al menos un episodio de OMA en su vida. Esto es debido a una peor función tubárica y a la presencia de un reservorio de bacterias patógenas en rinofaringe por la hipertrofia adenoidea. En su evolución se pueden distinguir dos fases:

Fase de colección: hay un acúmulo de contenido purulento en el interior de la caja timpánica que produce una distensión del tímpano. Esto provoca la aparición de otalgia intensa pulsátil, hipoacusia, fiebre y malestar general, y en niños, náuseas y vómitos. En la otoscopia se ve un tímpano abombado, enrojecido y con contenido purulento en la caja.

Fase de otorrea: salida de material purulento y otorragia por perforación timpánica espontánea en la pars tensa posteroinferior. Es característica la mejoría de la clínica con cese de la otalgia.

Tratamiento: se lleva a cabo mediante antibioterapia sistémica empírica de amplio espectro que cubra gérmenes productores de β -lactamasas. En general, se usa amoxicilina-clavulánico con dosis alta de amoxicilina, y en los pacientes alérgicos a β -lactámicos se emplean macrólidos (claritromicina o azitromicina). Cuando se ha producido la perforación timpánica, es posible añadir antibioterapia tópica. En niños con OMA recurrentes, puede estar indicada la miringotomía con inserción de drenajes transtimpánicos y la adenoidectomía. En OMA complicadas y en inmunodeprimidos, también está indicada la miringotomía.

Otomycosis: infección del CAE por hongos, principalmente *Aspergillus* spp. y *Candida*, favorecida por el empleo prolongado de antibióticos, por manipulaciones, por entrada de agua y por otitis externas bacterianas previas. Cursa con prurito intenso y otorrea densa, grumosa y blanquecina. En la otoscopía se ven además las hifas de color blanquecino en el caso de la *Candida*, y negruzcas si se trata de *Aspergillus niger* (Figura 9). Tratamiento con limpieza frecuente de las secreciones, antifúngicos tópicos (c. Iotrimazol, bifonazol) y alcohol boricado. En inmunodeprimidos y en casos resistentes se emplea un antifúngico por vía oral (itraconazol).

Otitis media crónica (OMC)

Se trata de una inflamación crónica del oído medio que genera un cuadro de otorrea purulenta crónica o recidivante. Cursa sin otalgia y se acompaña de hipoacusia variable en función de las lesiones del tímpano y de la cadena osicular. Existen dos grandes formas clínicas: Otitis media crónica simple, supurativa o benigna: es la inflamación crónica y recidivante de la mucosa del oído medio, pero a diferencia del colesteatoma, no hay osteólisis de sus paredes. En la otoscopía aparece una perforación central (respeta el annulus) y suele existir lesión de la cadena osicular, sobre todo de la rama larga del yunque. En la radiología simple y en la TC, destaca la presencia de una mastoidee eburnea con ausencia de erosiones en las paredes óseas, a diferencia del colesteatoma. Su principal causa es la existencia previa de una perforación timpánica, como secuela de una OMA o de un traumatismo, y la disfunción tubárica contribuiría a la cronificación del proceso. Los episodios de infección y otorrea habitualmente se relacionan con la entrada de agua en el oído o con infecciones del área rinofaríngea. En general, suelen estar producidos por gérmenes saprófitos del CAE (*Pseudomonas* y otros gramnegativos, *S. aureus*) y del tracto respiratorio superior. El tratamiento durante la fase activa supurativa se realiza con antibioterapia local y/o Otorrinolaringología sistémica, y en la fase de remisión, tras tres o seis meses sin otorrea, se puede llevar a cabo un tratamiento quirúrgico mediante timpanoplastia. Con el lo se pretende realizar una

reconstrucción timpánica y de la cadena osicular, aunque a diferencia del colesteatoma, el tratamiento quirúrgico no es imprescindible con perforación timpánica de la pars tensa posterior

Colesteatoma u otitis media crónica colesteatomatosa: se trata de una inflamación crónica y no de un tumor, aunque tiene un comportamiento pseudotumoral. Está generada por la presencia de un epitelio queratinizante en las cavidades del oído medio (preferentemente el ático) capaz de sintetizar una serie de sustancias que producen osteólisis de sus paredes y, por tanto, un elevado riesgo de complicaciones que obligan siempre a su tratamiento quirúrgico.

Patogenia: el colesteatoma es un saco blanquecino compacto, formado por una porción central con escamas de queratina dispuestas concéntricamente y una porción periférica, denominada matriz, con epitelio queratinizante que genera la porción central. Colesteatoma adquirido primario (los más frecuentes, 90% de los casos): invaginación progresiva de la membrana timpánica a nivel de la pars flácida, hacia el ático del oído medio (epitímpano posterior), favorecida por una hipopresión secundaria a un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio.

Colesteatoma adquirido secundario a una perforación timpánica ya existente, con invasión del epitelio del CAE hacia el oído medio a través de la perforación. Colesteatoma congénito: muy raro, aparece en niños sin perforación timpánica ni antecedentes de infección ótica previa; son muy agresivos y recidivantes. Se cree que se originan a partir de restos embrionarios ectodérmicos en el interior del hueso temporal.

Clínica: cursa con otorrea crónica, típicamente fétida y persistente, a pesar del tratamiento médico. La hipoacusia suele ser intensa por las graves lesiones de la cadena osicular. Puede aparecer cualquiera de las complicaciones tanto intratemporales como intracraneales de las otitis medias, son muy típicas las fístulas del conducto semicircular lateral, que deben sospecharse ante la aparición de clínica vertiginosa y se confirman con el signo de la fístula. La otoscopia es la exploración más importante en el diagnóstico de un colesteatoma y en ella se observará una perforación timpánica marginal en la región atical con escamas

blanquecinas en el oído medio. Siempre se debe descartar un colesteatoma cuando se ve un pólipo en el CAE que procede del ático. En radiología (TC), se observa una masa con densidad de partes blandas que erosiona los bordes óseos del oído medio.

Tratamiento: es siempre quirúrgico, mediante timpanoplastia con mastoidectomía abierta (radical o radical modificada) o cerrada (conservando la pared posterior del CAE) y ulterior reconstrucción tímpano-oscicular funcional auditiva. El objetivo del tratamiento será, ante todo, evitar la aparición de complicaciones, y no el mejorar la audición.

BIBLIOGRAFIA:

Rivas M. E. Cervilla R.A. MANUAL CTO OTORRINOLARINGOLOGIA ENARM
OTOLOGIA,