

Título del trabajo:

Resumen sobre OTITIS EXTERNA (BACTERIANA Y MICOTICA) Y OTITIS MEDIA

Unidad III

Nombre de la asignatura: Clínicas médicas complementarias

Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 27 de Noviembre de 2020.

DEFINICIÓN

Inflamación del oído debida, generalmente, a una infección, que produce dolor intenso, fiebre y trastornos en la audición.

En un 90% de los casos tiene una etiología bacteriana y se denomina otitis externa difusa u oído del nadador. Esta se caracteriza una por una celulitis de la piel y subdermis del conducto auditivo externo con inflamación aguda y edema variable.

EPIDEMIOLOGIA

En México en el año 2006 se reportaron 708,556 casos de OMA de los cuales 29,742 (4.2%) correspondieron a niños menores de un año y 125,857 (17.8%) a niños de 1 a 4 años, por lo tanto los niños menores de 4 años representan casi la cuarta parte de los casos (17.8%). En el IMSS, durante el año 2005, se diagnosticó OMA en aproximadamente el 2% de todas las infecciones de vías aéreas superiores; a través del Régimen Ordinario se reportaron 46,452 casos con OMA y en IMSS Oportunidades 59,779. El mayor riesgo de complicaciones médicas mayores las tienen los niños menores de dos años, sin embargo se debe hacer un monitoreo adecuado de los niños >2 años que han presentado OMA, sobre todo cuando ésta es recurrente.

ETIOLOGÍA

Las infecciones virales representan el 41% de los casos. Los virus syncytial respiratorio (74%), parainfluenza (52%) e influenza (42%), constituyen el 81% de los patógenos virales.

La OMA es causada por múltiples factores, que alteran la función de la trompa de Eustaquio y se incluyen: infecciones, alergia o barotrauma, las cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación, con lo que las bacterias y los virus de la nasofaringe (normalmente eliminadas por los movimientos celulares), alcanzan el oído medio y condicionan OMA. Su incidencia es mayor durante los meses de invierno y disminuye en el verano. Las frecuencias de IRA y OMA de etiología viral son similares, aunque la

OMA de origen bacteriano generalmente es precedida por una infección viral que se presenta en promedio 3 a 4 días antes; la frecuencia de OMA es más elevada en niños menores de 2 años de edad debido a las condiciones anatómicas de la trompa de Eustaquio y a la inmadurez del sistema inmunológico.

Dentro del grupo de las OE bacterianas se distinguen la OE localizada aguda (forúnculo del conducto auditivo externo [CAE]), una infección que por lo común se localiza en el tercio externo de la cara posteroinferior del CAE, y la OE difusa (OED), oído del nadador u otitis de las piscinas, que es un proceso inflamatorio, casi siempre de origen infeccioso, que afecta a toda la piel del CAE y la capa externa del tímpano. En un CAE normal los cultivos son estériles en un 30% de los casos. En cultivos realizados en CAE de voluntarios sanos crece más de un microorganismo; *Staphylococcus epidermidis* es el más frecuente, junto a diversas especies de *Corynebacterium*.

Los gérmenes que con mayor frecuencia se aíslan en los cultivos de las secreciones del CAE son, en más del 90% de los casos, *Pseudomonas aeruginosa*, seguido de *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli* y *Enterobacter aerogenes*. En ocasiones se trata de bacterias saprofitas del conducto, que se hacen patógenas por diversas circunstancias. El cultivo de la secreción del CAE en pacientes con otitis media (OM) es con frecuencia polimicrobiano, con participación de flora anaerobia en un 8% de éstos.

OTITIS MEDIA AGUDA

La Otitis Media Aguda (OMA) es una enfermedad del oído medio, de inicio súbito, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local. Constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas (IRA) en la edad pediátrica y representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo.

persistente



recurrete

OTITIS EXTERNA MALIGNA

Es una enfermedad agresiva y potencialmente fatal que se origina en el conducto auditivo externo, produce una osteomielitis del hueso temporal y puede extenderse a tejidos blandos circundantes, base de cráneo y comprometer nervios craneales. Se sospecha en pacientes diabéticos, añosos y/o inmunocomprometidos (neutropenia o uso de corticoides a dosis prolongada).

OTITIS EXTERNA LOCALIZADA

Corresponde a la formación de un furúnculo en el tercio externo del conducto auditivo. Su etiología más frecuente es el *Staphylococcus Aureus*. Se manifiesta con otalgia e hipoacusia. A la otoscopia se presenta con enrojecimiento e inflamación circunscritos a una pared del conducto. El tratamiento es con calor local, antibioterapia oral y drenaje quirúrgico cuando se identifica una zona fluctuante.

Otitis externa micótica

Es producida por hongos saprofitos oportunistas que se encuentran en el CAE. La otomicosis es responsable de un 10% de todas las otitis externas. Las causas más frecuentes son el tratamiento prolongado con gotas óticas de antibiótico o la exposición continuada al agua, que macera el conducto y cambia su pH y que junto al calor, proporciona las condiciones adecuadas para el crecimiento fúngico.

CLASIFICACIÓN

- Otitis externa difusa
- Otitis externa localizada
- Otitis externa micótica
- Otitis externa eccematosa
- Otitis externa maligna

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de inflamación de oído medio se identifican mediante:

- 1)Otalgia, que interfiere con las actividades normales del niño, o
- 2)Eritema de la membrana timpánica
- 3)Pueden presentarse acompañados de fiebre, irritabilidad y/o hiporexia

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico se establece mediante:

1. La presencia súbita de signos y síntomas:
 - otalgia
 - fiebre
 - hipoacusia
2. La identificación en la exploración física de:
 - membrana timpánica abombada
 - disminución de la movilidad de la membrana timpánica
 - liquido o derrame en oído medio
3. Signos y síntomas de inflamación de la membrana timpánica:
 - membrana timpánica roja, o
 - malestar (irritabilidad), y/o falta de sueño (otalgia)

El diagnóstico de OMA en niños requiere de una combinación de los siguientes:

- 1)Historia de inicio agudo de signos y síntomas
- 2)Presencia de líquido en oído medio
- 3)Identificación de signos y síntomas de inflamación del oído medio mediante otoscopio neumático.

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE OTITIS MEDIA RECURRENTE:

Presencia de 3 episodios de otitis media aguda en seis meses, o 4 en un año, o 2 cuadros diferentes con un mes entre ellas.

TRATAMIENTO

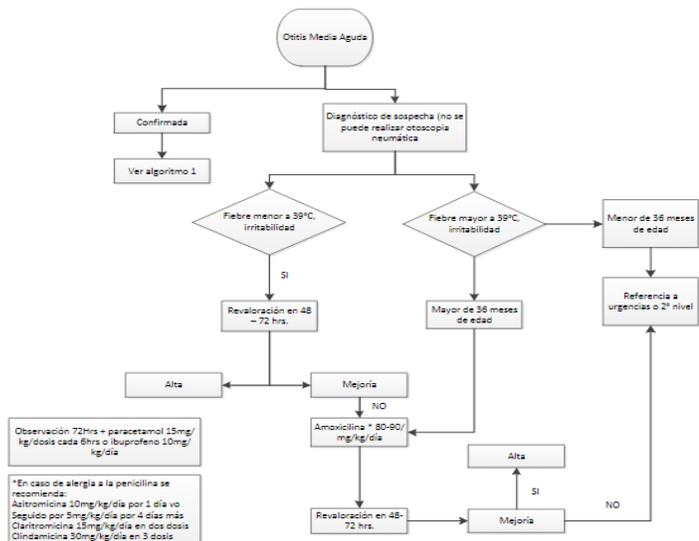
La amoxicilina es el tratamiento de primera elección en la otitis media aguda. La administración de amoxicilina en OMA se asocia con una susceptibilidad para *Streptococcus pneumoniae* del 90%.

Son recomendaciones básicas para el inicio de tratamiento antimicrobiano en OMA:

1. Los antimicrobianos deben indicarse cuando se requiere reducir la morbilidad que no puede disminuir con el uso de analgésicos.
2. La Amoxicilina a dosis elevadas, es el antimicrobiano de elección en cada episodio de OMA, a menos que exista otra razón para seleccionar un agente diferente

Se recomienda utilizar de primera elección amoxicilina a dosis de 80 a 90 mg/Kg de peso por día durante 5 a 10 días de acuerdo a la edad del paciente y el momento del inicio de la OMA bacteriana. En mayores de 6 años, la duración recomendada es de 5 a 7 días, con lo que se disminuyen costo.

Los antimicrobianos seleccionados para tratar fallas terapéuticas con amoxicilina, deben cubrir bacterias productoras de betalactamasas. Por lo que es importante agregar un inhibidor de betalactamasas como el ácido clavulánico.



Bibliografía

Consejo de salubridad general. (2011). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la OTITIS MEDIA. Guía de practica clinica , IMSS-496-1, 1-47