



**Karla Beatriz Cruz Martínez**

**Dr. Adolfo Bryan Medellín Guillen**

**Resumen**

**Enfermedades infecciosas**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**6**

**“A”**

# OTITIS MEDIA AGUDA

## Definición

La Otitis Media Aguda (OMA) es una inflamación súbita del oído medio, caracterizada por la presencia de líquido y signos/síntomas de infección. Es una de las infecciones respiratorias agudas más comunes en pediatría

## Epidemiología

- 48% de niños en EE.UU. han tenido al menos un episodio a los 6 meses de edad
- En México (2006), 22% de los casos ocurrieron en menores de 4 años

## Factores de riesgo:

- No modificables:
  - Edad <2 años
  - Prematuridad
  - Anomalías craneofaciales
  - Antecedentes familiares
- Modificables:
  - Asistencia a guarderías
  - Lactancia artificial
  - Exposición al humo de tabaco
  - Uso de chupones
  - Obesidad

## Etiología

- Bacterias:
  - Streptococcus pneumoniae (29%)
  - Haemophilus influenzae (34%)
  - Moraxella catarrhalis
- Virus:
  - Rinovirus
  - VRS
  - Influenza
- Vacunas:
  - La vacuna neumocócica conjugada (PCV13) reduce la incidencia por serotipos incluidos

## Diagnóstico

### Criterios de Mclsaac

- Inicio agudo ( $\leq 48$  horas) de síntomas:

**Criterios de Carter modificados por McIsaac**

CRITERIO	PUNTAJE
Fiebre $> 38^{\circ}$	1
Ausencia de tos	1
Adenoiditis crónicas anteriores	1
Exudado amigdalar	1

  

EDAD	PUNTAJE
3 a 15 años	1
15 a 45 años	0
$> 45$ años	-1

**0 o 1 puntos:** No tratamiento, no estudios - *Grupos de Riesgo de Complicaciones: 10 a 15%*

**2 o 3 puntos:** Estudio microbiológico y tratar solo si es positivo - *Grupos de Riesgo: 10 a 15%*

**4 o 5 puntos:** Estudio microbiológico e iniciar tratamiento empírico - *Grupos de Riesgo: 10 a 15%*

Otalgia

Irritabilidad

Fiebre

Hiporexia

- Signos de inflamación:  
Membrana timpánica (MT) eritematosa, abombada u opaca
- Líquido en oído medio:  
Movilidad reducida (otoscopia neumática)  
Nivel hidroaéreo  
Otorrea

Otros métodos:

- Timpanometría (si no hay otoscopia neumática)
- Audiometría en niños >4 años con retraso del lenguaje

Tratamiento

Antibioticoterapia:

- Primera línea:  
Amoxicilina (80–90 mg/kg/día en 3 dosis × 5–10 días)
- En casos graves (fiebre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ , otalgia intensa):  
Amoxicilina/Ácido clavulánico (90 mg/kg/día + 6.4 mg/kg/día de clavulánico)
- Alergia a  $\beta$ -lactámicos:  
Macrólidos (azitromicina, claritromicina)  
Clindamicina
- Observación sin antibióticos:  
Niños >2 años con enfermedad leve (solo analgésicos + reevaluación a 48–72 horas)

Manejo sintomático:

- Analgésicos/antipiréticos:  
Paracetamol (10–15 mg/kg/dosis)  
Ibuprofeno (5–10 mg/kg/dosis)
- Evitar:  
Antihistamínicos  
Descongestivos  
Gotas óticas (sin beneficio demostrado).

Prevención

- Vacunación:  
Neumococo (PCV13: esquema 2, 4, 6 meses + refuerzo a 12–15 meses)  
Influenza (anual a partir de los 6 meses)

- Medidas generales:  
Lactancia materna exclusiva (protección hasta los 6 meses)  
Evitar humo de tabaco, chupones y biberones en posición supina  
Lavado de manos y evitar contacto con enfermos respiratorios

#### Complicaciones

- Intratemporales:  
Mastoiditis  
Parálisis facial  
Laberintitis
- Intracraneales:  
Meningitis  
Absceso cerebral  
Trombosis del seno sigmoideo
- Referencia urgente a ORL:  
Mastoiditis, parálisis facial, OMA recurrente ( $\geq 3$  episodios/6 meses)  
Niños <6 meses, inmunocomprometidos o falla terapéutica

#### Seguimiento

- Sin complicaciones:  
Control a 3–6 meses para descartar otitis media con derrame (OMD)
- Con perforación:  
Evitar agua en oído; revisar cicatrización a las 6 semanas

## **OTITIS MEDIA CON DERRAME O OTITIS MEDIA EXUDATIVA**

#### Definición

Inflamación del oído medio con acumulación de líquido (seroso, mucoso o purulento) sin signos agudos de infección (no hay fiebre, otalgia intensa ni abombamiento timpánico)

También llamada: Otitis media secretora, otitis media serosa o "oído pegajoso"

#### Epidemiología

- Población afectada:  
90% de los niños antes de los 5 años (50% en el primer año de vida)  
30-40% presenta episodios recurrentes
- Duración:  
Resolución espontánea en 3 meses (90% de los casos)  
5-10% persiste >1 año

## Etiología

- Disfunción de la trompa de Eustaquio
- Factores asociados:
  - Infecciones virales previas (ej. resfriados)
  - Alergias respiratorias
  - Reflujo gastroesofágico (RGE)
  - Exposición al humo de tabaco
  - Hipertrofia de adenoides

## Diagnóstico

### Criterios clínicos:

- Síntomas:
  - Hipoacusia conductiva (principal manifestación)
  - Sensación de "oído tapado"
  - Retraso del lenguaje (en niños pequeños)
- Signos otoscópicos:
  - Membrana timpánica opaca, retraída o con burbujas
  - Nivel hidroaéreo o color ámbar/azulado
  - Movilidad reducida (otoscopia neumática o timpanometría)

### Estudios complementarios:

- Timpanometría:
  - Patrón plano (tipo B) por líquido en oído medio
- Audiometría:
  - Pérdida auditiva leve-moderada (20–40 dB)

## Tratamiento

### Conducta expectante:

- Observación durante 3 meses (el 90% resuelve espontáneamente)
- Control audiológico si persiste >3 meses

### Intervenciones médicas:

- Antihistamínicos/descongestivos: No recomendados (sin evidencia de beneficio)
- Corticoides intranasales: Podrían ayudar en casos asociados a rinitis alérgica
- Antibióticos: Solo si hay sospecha de sobreinfección bacteriana

Tratamiento quirúrgico (si persiste >3–6 meses con hipoacusia):

- Tubos de ventilación (timpanostomía)
- Adenoidectomía

Complicaciones

- Hipoacusia persistente: Puede afectar el desarrollo del lenguaje en niños
- OMA recurrente: El líquido crónico predispone a infecciones agudas
- Timpanosclerosis o atrofia timpánica (en casos no tratados)

Prevención

- Vacunación: Anti-neumocócica (PCV13) y anti-influenza
- Evitar factores de riesgo: Humo de tabaco, uso de chupones, alimentación en posición supina
- Lactancia materna: Reduce la incidencia de OMD

## **OTITIS EXTERNA AGUDA**

Definición

La Otitis Externa Aguda (OEA) es una inflamación difusa del conducto auditivo externo (CAE), que puede extenderse al pabellón auricular o membrana timpánica

Es causada por infección bacteriana (98% de los casos) o, menos frecuentemente, por hongos

Epidemiología

- Prevalencia:  
Afecta al 10% de la población en algún momento de la vida  
Mayor incidencia en climas tropicales húmedos y durante el verano
- Agentes etiológicos:  
Pseudomonas aeruginosa (20–60%)  
Staphylococcus aureus (10–70%)  
Infecciones micóticas son raras en fase aguda, pero comunes en crónicas o postratamiento antibiótico.

Factores de Riesgo

- Locales:  
Humedad prolongada en el CAE (nadadores, climas húmedos)

Trauma por limpieza con cotonetes, uñas o objetos

Uso de audífonos o tapones

- Sistémicos:  
Dermatitis (eccema, psoriasis)  
Diabetes mellitus

## Diagnóstico

### Criterios clínicos:

- Síntomas:  
Otalgia intensa  
Prurito,  
Plenitud ótica  
Hipoacusia leve  
Otorrea
- Signos otoscópicos:  
Eritema y edema difuso del CAE  
Piel descamada o detritus en el CAE  
Signo del trago positivo

### Diagnóstico diferencial:

- Otitis media con perforación timpánica.
- Dermatitis de contacto o seborreica.
- Neuralgias (dolor referido de ATM o cervical).

## Tratamiento

### Medidas generales:

- Limpieza suave del CAE
- Evitar manipulación (no usar cotonetes, tapones o audífonos)
- Secado del oído

### Tratamiento farmacológico:

- Gotas óticas combinadas (primera línea):  
Antibiótico + esteroide + ácido acético (ej.: neomicina-polimixina B-fluocinolona)  
Dosis: 5 gotas cada 8 horas × 7 días  
Alternativa: Vinagre blanco (ácido acético al 5%) + alcohol isopropílico (50:50) si no hay gotas disponibles

- Analgesia:  
Dolor leve-moderado: Paracetamol (500 mg VO cada 8 hrs) + naproxeno (250 mg VO cada 12 hrs)  
Dolor severo: Dextropropoxifeno (65 mg VO cada 8–12 hrs × 48 hrs máximo).

#### Contraindicaciones:

- Gotas con neomicina si hay perforación timpánica (ototoxicidad).
- Uso exclusivo de esteroides tópicos (sin antibiótico).

#### Prevención

- Higiene:  
Evitar cotonetes y manipulación del CAE  
Secar orejas después de nadar (secador o toalla suave)
- Acidificación del CAE:  
Aplicar vinagre blanco diluido (5 gotas) antes y después de nadar.
- Uso de tapones de silicón para natación.

#### Complicaciones

- Otitis externa necrotizante (maligna): En diabéticos o inmunodeprimidos (requiere antibióticos IV y evaluación urgente por ORL).
- Celulitis periauricular.
- Stenosis del CAE (por inflamación crónica).

#### 8. Criterios de Referencia a ORL

Sospecha de otitis externa maligna (dolor intenso + parálisis craneal)

Celulitis extensa o absceso

Falla al tratamiento después de 72 horas

CAE obstruido por detritus o cuerpo extraño

Perforación timpánica

## Referencia bibliográfica

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica (IMSS-496-11)*. Dirección de Prestaciones Médicas.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Externa Aguda en Adultos (IMSS-438-11)*. Dirección de Prestaciones Médicas.

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas>