



Itzel García Ortiz

Dr. Adolfo Bryan Medellín Guillen

**RESUMEN OTITIS EXTERNA, OTITIS MEDIA
EXUDATIVA Y OTITIS MEDIA AGUDA**

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

6º

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 5 de abril de 2025

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) + OTITIS MEDIA CON DERRAME (OMD)

Definición

OMA- Otitis media aguda

- Infección autolimitada que afecta principalmente a niños
- Inicio agudo (48h) y síntomas de inflamación del oído medio.
- Síntomas, presentes promedio 3 días-1 semana

Episodios recurrentes OMA
≥3 episodios en 6 meses
≥4 en 12 meses

OMD-Otitis media con derrame

- Líquido en el oído medio o caja timpánica sin signos/síntomas de infección aguda del oído.
- Puede asociarse con otras manifestaciones como hipoacusia

Agente causal

OMA- virus y bacterias

3 patógenos comunes (bacterias);

Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae no tipificado, Moraxella catarrhalis

Factores de riesgo

No modificables:

- Edad
- Masculino
- Origen étnico caucásico
- Gemelo en guardería
- Nacimiento prematuro
- Inmunodeficiencias
- Atopia
- Factores anatómicos (disfunción de la Trompa de Eustaquio)
- Anormalidades craneofaciales
- Factores genéticos

Modificables

- Acudir a guardería
- Falta de lactancia materna exclusiva
- Exposición a tabaquismo pasivo/contaminación
- Uso de pacificadores (chupones y biberones)
- Obesidad

Clínica

- Fiebre
- Otagia
- Posible otorrea
- Discomfort

= Resulta o precede en interferencia con las actividades normales/sueño

OMA sin líquido en oído medio → Otitis simple – autolimitada, pero puede ser precursora de OMA/OMD

Otorrea= implica perforación de la membrana timpánica

Diagnóstico

OMA- **Otoscopía neumática** /recurso mas apropiado para el dx/

- Otagia- Criterio no confiable
- Fiebre – síntoma primario puede estar o no presente

Inflamación MT ► **Otoscopía neumática** → hipomotilidad MT/ abombamiento/
‡: Hiperemia intensa, opacidad, perdida reflejo luminoso, color amarillo

OMA debe ser diagnosticas solamente en presencia de hallazgos simultáneos de:

1. Inicio agudo de síntomas
2. Signos de inflamación de MT
3. Presencia de líquido en el oído medio

Examen de la MT, valoración de 6 características:

1. Integridad
 2. Posición
 3. Calor
 4. Traslucidez
 5. Iluminación
 6. Movilidad
- Indicar si es uni o bilateral

OMD- Otoscopia neumática - Método diagnostico

No es necesariamente infecciosa, reconocimiento por clínica/otoscopia para diferencia OMA

Timpanocentesis - Confirma dx - para aliviar otagia

+ solicitar Tinción y Cultivo con antibiograma

PREVENCION

- Lactancia materna exclusiva
- Vacuna Influenza, previene episodios de OMA (6, 7 meses, 1 año)
- Vacuna Neumococo, previene 1er episodio + recurrencia OMA (2,4, 12 meses)

Tratamiento

Criterios para indicar atb en menores de 5 años con OMA

- Menor 2 años
- Mayor 2 años con OMA bilateral grave
- Paciente con otorrea/ complicaciones intracraneales/ Historia de recurrencia
- Estrategia de vigilancia /observación:
 - En cada caso
 - 48-72 hr
 - mayor 2años con OMA {Leve/severa- (Unilateral) /Severa- (Bilateral)}

Tx atb recomendado

Síntomas leves

NO

- Otorrea
- Recurrencia
- Factores de resistencia

Amoxicilina

80-90 mg/kg/día en 3 dosis

Cada 8h por 7 días (10-14 DÍAS en menores de 2 años /Factores riesgo/Cuadro grave)

Síntomas severos

- Conjuntivitis purulenta
- Otorrea
- Recurrencia

Amoxicilina-Ácido clavulanico

80-90 mg/kg/día en 3 días

C/8 - 12 hr por 7días (10 días en menores de 2 años /factores riesgo/Cuadro grave/)

*Caso de alergia — BECTALACTAMICOS

Claritromicina 7.5mg/kg/dosis cada 12hr por 10 días

No mejoría en las siguientes 72 hr

Aumentar dosis- Amoxicilina/Clavulanato

Si ya tenia dosis altas de Amoxicilina/Clavulanato cambiar a:

- Cefixima 8mg/kg/día VO cada 24h por 10 días
- Ceftriaxona 50mg/kg/día IM cada 24h por 3días (en caso de vomito persistente e intolerancia VO)

OTITIS EXTERNA

Definición

Otitis - Inflamación del oído /aguda/crónica— con o sin síntomas asociados

- Clasificación clínica
 - Media aguda
 - Media exudativa
 - Otitis externa

Otitis externa aguda - Inflamación difusa del canal auditivo externo /pabellón auricular/Membrana timpánica por:

- Infección secundaria a la ruptura de BARRA MEANICA (cerumen)
- Aumento de temperatura/humedad

Agente causal

98% bacteriana

Pseudomona aeruginosa — 20-60%

Staphylococcus Aureus — 10-70%

También puede ocurrir infección polimicrobiana con m.o. GRAM negativa diferentes a Pseudomona aeruginosa

Factores de riesgo

- Alteración de pH del conducto auditivo por:
- Exposición al agua
- Limpieza agresiva
- Depósitos de jabón
- Gotas alcalinas
- Trauma local con uñas o cotonetes
- Auto limpieza
- Irrigación
- Auxiliares auditivos / audífonos

Clínica (dx clínico)

Considerar ante los siguientes datos:

1. Inicio rápido de las sintomatología (generalmente menos de 48h)

2. Síntomas de inflamación del conducto auditivo:

- Otaglia severa con irradiación témporo-amndibular y craneofacial
- Puede ocurrir también dolor auricular intenso a la mas leve manipulación de la zona/masticación
- Prurito ótico
- Plenitud ótico
- Dolor mandibular
- Disminución auditiva

3. Signos de inflamación del conducto auditivo:

- Hipersensibilidad del trago, pabellón auricular o ambos (signo del trago +)
- Eritema y edema difuso del conducto auditivo
- Otorrea (si/no-presente); eritema de membrana timpánica, celulitis del pabellón auricular/ piel adyacente así como linfa de iris regional

Diagnóstico

ES CLÍNICO C/ EXPLORACIÓN OTOSCÓPICA

* en caso de OTOSCOPIA NORMAL, investigar otras causas de otalgia como:

- Disfunción de la articulación temporomandibular
- Alteraciones dentales como terceros molares impactados
- Faringitis o amigdalitis
- Artritis de la columna cervical
- Dolor neuropático
- Disfunción de la trompa de Eustaquio

Tratamiento

Tx no farmacológico

Recomendación: Gotas óticas con ácido acético + combinación esteroide + atb tópico

En caso de No contar con el preparado ótico

5 - 10 gotas vinagre de uso comestible en conducto cada 8h por 7 días

Administrar de manera concomitante con tx antimicrobiano ótico

Mientras reciba tx tópica:

- Ocluir el oído con algodón + pretolato durante baño
- Retirar oclusión post baño - mantener ventilación
- Minimizar manipulación del oído afectado
- NO: Dispositivos auriculares/Deportes acuáticos/ Inmersiones profundas o prolongadas

Tx farmacológico

1. Elección

Aplicar 5gotas neomicina - polimixina B-fluocinolona en oído afectado c/8h por 7 días

2. No se recomienda aplicación exclusiva de Esteroides oticotopico, siempre adm c/atb tópicos óticos

3. En caso de perforación membrana timpánica NO GOTAS OTICAS de neomicina-polimixina B-fluocinolona

4. Analgesia

- Dolor leve-moderado: acetaminofen 500mg VO c/8h en COMBINACIÓN con Naproxeno 250mg VO c/12hr durante 72hr
- Dolor severo: Dextropropoxifeno 65mg VO cada 8-12h durante las primeras 24h de tx y adm máxima de 48hr

5. NO ANALGESIA TÓPICA OTICA

6. No se recomienda el uso atb sistémico - como manejo inicial

Reservado a otorrinolaringólogo:

- Falla tx tópico
- Celulitis - pabellón auricular
- Perforación tímpano

BIBLIOGRAFIA

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-496-21/ER.pdf>

Diagnóstico y Tratamiento d Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Externa Agud e la Otitis Externa Aguda en Adultos a en Adultos. México: Instituto Mexicano del Seguro a en Adultos Social, 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>