



JUAN PABLO ABADIA LOPEZ

DR. MEDELLIN GUILLEN ADOLFO

RESÚMENES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PASIÓN POR EDUCAR

6

B

Comitán de Domínguez Chipas a 2 De Marzo 2025

OTITIS EXTERNA (OE)

Patología: Inflamación del conducto auditivo externo (CAE), que puede extenderse al pabellón auricular y la membrana timpánica.

Definición: Infección o inflamación del revestimiento de la piel del CAE.

Agente Causal:

- Bacterias (más común): *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*
- Hongos (otomicosis): *Aspergillus spp.*, *Candida spp.*
- Virus: Herpes simplex, varicela-zóster (menos común).
- **No infeccioso:** Dermatitis de contacto, eccema, psoriasis.

Epidemiología :

- Alta prevalencia, especialmente en nadadores (“oído del nadador”) y en climas cálidos y húmedos.
- Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en niños y adultos jóvenes.
- La otomicosis es más frecuente en climas tropicales y en personas con antecedentes de uso de antibióticos tópicos o manipulación excesiva del oído.

Factores de Riesgo:

- Humedad excesiva en el CAE (natación, duchas frecuentes).
- Traumatismos locales (limpieza vigorosa con hisopos, rascado).
- Uso de audífonos o tapones para los oídos.
- Dermatitis preexistente (eccema, psoriasis).
- Obstrucción del CAE (cerumen impactado).
- Inmunosupresión.

Clínica:

Otalgia intensa: Dolor de oído que empeora con la manipulación del pabellón auricular o al presionar el trago.

Otorrea: Secreción del oído (purulenta, serosa o blanquecina).

Prurito ótico: Picazón en el oído.

Sensación de oído tapado o plenitud aural.

Hipoacusia leve (conductiva).

En casos severos, puede haber inflamación periauricular y linfadenopatía regional.

Diagnóstico:

Anamnesis: Historia clínica detallada de los síntomas y factores de riesgo.

Exploración física: Otoscopia, que revela inflamación, eritema, edema del CAE y posible secreción. Puede haber dolor a la palpación del trago y el pabellón.

En casos de sospecha de otomicosis, se pueden observar hifas fúngicas.

Cultivo de la secreción ótica (en casos de infección recurrente o refractaria al tratamiento inicial).

Tratamiento:

Limpieza del CAE: Eliminación cuidadosa de detritos y secreciones por un profesional de la salud.

Gotas óticas:

Antibióticos tópicos: Fluoroquinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino), aminoglucósidos (neomicina, gentamicina – con precaución por riesgo de ototoxicidad si la membrana timpánica está perforada).

Antifúngicos tópicos: Clotrimazol, miconazol (para otomicosis).

Corticosteroides tópicos: Para reducir la inflamación.

Analgésicos sistémicos: Paracetamol, ibuprofeno para el dolor.

Antibióticos sistémicos: Reservados para casos graves con extensión de la infección fuera del CAE o en pacientes inmunocomprometidos.

Evitar la humedad y la manipulación del CAE.

En casos de obstrucción severa del CAE, puede ser necesario colocar una mecha ótica para facilitar la penetración de las gotas.

OTITIS MEDIA EXUDATIVA (OME) / OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN (OME)

Patología: Presencia de líquido en el oído medio sin signos ni síntomas de infección aguda.

Definición: Acumulación de líquido seroso, mucoso o gelatinoso en el espacio del oído medio, detrás de la membrana timpánica, sin inflamación aguda.

Agente Causal:

- Disfunción de la trompa de Eustaquio, que impide la correcta ventilación y drenaje del oído medio.
- Resolución incompleta de una otitis media aguda.
- Alergias.

- Hipertrofia adenoidea.
- Barotrauma.

Epidemiología:

Muy común en niños, especialmente entre los 6 meses y los 4 años de edad.

La prevalencia disminuye con la edad debido al desarrollo y mejor función de la trompa de Eustaquio. Puede ser un hallazgo incidental en exploraciones rutinarias.

Factores de Riesgo:

- Edad pediátrica (anatomía y función inmadura de la trompa de Eustaquio).
- Infecciones respiratorias de vías altas recurrentes.
- Alergias respiratorias.
- Exposición al humo de tabaco.
- Guarderías (mayor exposición a infecciones).
- Anomalías craneofaciales (p. ej., labio y paladar hendido).

Clínica:

Hipoacusia conductiva: Sensación de oído tapado o dificultad para escuchar sonidos suaves. Sensación de plenitud auricular.

Acúfenos (tinnitus). Mareos o sensación de inestabilidad (poco frecuente).

Generalmente no hay dolor de oído (otalgia) ni fiebre.

En niños pequeños, puede manifestarse con falta de atención, retraso en el desarrollo del lenguaje o dificultad para entender.

Diagnóstico:

Anamnesis: Historia clínica de síntomas y factores de riesgo.

Otoscopia: Membrana timpánica de apariencia normal, retraída, engrosada o con burbujas de aire o un nivel hidroaéreo visible. Puede haber disminución de la movilidad de la membrana timpánica.

Timpanometría: Muestra una curva plana (tipo B), indicativa de líquido en el oído medio y alteración de la movilidad de la membrana timpánica.

Audiometría: Revela una pérdida auditiva conductiva de leve a moderada.

Tratamiento:

* Observación: En muchos casos, la OME se resuelve espontáneamente en unas pocas semanas o meses, especialmente después de una infección respiratoria. Se recomienda observación vigilante durante 3 meses en ausencia de síntomas significativos.

Manejo de factores de riesgo: Control de alergias, evitar la exposición al humo de tabaco.

Maniobras de Valsalva o Toynbee: Pueden ayudar a mejorar la función de la trompa de Eustaquio (con precaución en caso de infección activa).

Autoinflado nasal con dispositivos específicos.

Medicamentos: Descongestionantes nasales (tópicos u orales): Pueden ser útiles a corto plazo, pero su eficacia a largo plazo es limitada.

Antihistamínicos: Considerar si hay sospecha de alergia como factor contribuyente.

Corticosteroides nasales: Pueden ayudar a reducir la inflamación en la nasofaringe y mejorar la función de la trompa de Eustaquio.

Antibióticos: No están indicados de forma rutinaria para la OME, a menos que haya sospecha de infección bacteriana persistente o recurrente.

Tratamiento quirúrgico (si la OME persiste por más de 3 meses con hipoacusia significativa o complicaciones):

Miringotomía con colocación de tubos de timpanostomía (tubos de ventilación): Drenan el líquido del oído medio y permiten la ventilación.

Adenoidectomía: Considerar si la hipertrofia adenoidea es un factor contribuyente significativo, especialmente en casos de OME recurrente o persistente.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Patología: Inflamación aguda del oído medio, generalmente causada por una infección bacteriana o viral

Definición: Infección del espacio del oído medio con inicio rápido de signos y síntomas de inflamación local (otalgia, eritema de la membrana timpánica) y, a menudo, síntomas sistémicos (fiebre).

Agente Causal:

Bacterias (más común): Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (no tipificable), Moraxella catarrhalis.

Virus: Virus respiratorio sincitial (VRS), rinovirus, influenza virus. A menudo predisponen a la sobreinfección bacteriana.

Epidemiología : Muy común en la infancia, siendo la causa más frecuente de prescripción de antibióticos en niños.

La incidencia es mayor en los primeros 2 años de vida.

Más frecuente durante los meses de otoño e invierno, coincidiendo con la temporada de infecciones respiratorias virales.

Factores de Riesgo:

- Edad pediátrica (anatomía y función inmadura de la trompa de Eustaquio).
- Infecciones respiratorias de vías altas recientes.
- Guarderías (mayor exposición a patógenos).
- Exposición al humo de tabaco.
- Falta de lactancia materna.
- Antecedentes familiares de OMA recurrente.
- Anomalías craneofaciales.
- Inmunodeficiencias.

Clínica:

- Otolgia: Dolor de oído, que puede ser intenso y pulsátil. En lactantes, puede manifestarse con irritabilidad, llanto inconsolable y dificultad para dormir.
- Fiebre: Puede ser alta, especialmente en niños.
- Otorrea: Drenaje purulento del oído si la membrana timpánica se perfora espontáneamente. La perforación suele aliviar el dolor.
- Irritabilidad, inquietud.
- Dificultad para alimentarse (en lactantes).
- Hipoacusia conductiva transitoria.
- En algunos casos, puede haber vómitos y diarrea.

Diagnóstico:

Anamnesis: Historia clínica detallada de los síntomas.

Exploración física:

Otoscopia: Membrana timpánica eritematosa (roja), abombada, con pérdida de los puntos de referencia normales y disminución o ausencia del reflejo luminoso. Puede haber otorrea si está perforada.

Timpanometría: Puede mostrar una curva tipo B (si hay efusión) o tipo C (si hay presión negativa).

Tratamiento:

Manejo del dolor:

Analgésicos: Paracetamol, ibuprofeno.

Gotas óticas anestésicas: Pueden proporcionar alivio temporal del dolor.

Antibióticos:

Primera línea: Amoxicilina (oral) en dosis altas.

Alternativas (en caso de alergia a la penicilina o falta de respuesta): Amoxicilina-clavulanato, cefalosporinas (cefuroxima, ceftriaxona), macrólidos (azitromicina, claritromicina – considerar la resistencia local).

La decisión de iniciar antibióticos se basa en la edad del paciente, la gravedad de los síntomas y la certeza del diagnóstico. En niños mayores de 2 años con síntomas leves y diagnóstico incierto, a veces se puede considerar la observación vigilante durante 48-72 horas.

Manejo de complicaciones (poco frecuentes pero posibles):

Perforación timpánica: Generalmente cicatriza espontáneamente.

Mastoiditis: Infección del hueso mastoideo, requiere tratamiento antibiótico intravenoso y posible drenaje quirúrgico.

Parálisis facial: Rara, puede requerir tratamiento con corticosteroides.

Meningitis o absceso cerebral: Complicaciones graves que requieren hospitalización y tratamiento intensivo.

Considerar la colocación de tubos de timpanostomía en casos de OMA recurrente (3 o más episodios en 6 meses o 4 o más en 12 meses).