



Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.

**Nombre de docente: Dr. Adolfo Bryan
Medellin Guillen**

Nombre del trabajo: Resumen otitis

Materia: Enfermedades infecciosas

Grado y grupo: 6° "B"

Carrera: Medicina humana.

Otitis

Las otitis representan un grupo de enfermedades infecciosas e inflamatorias que afectan distintas estructuras del oído y son una de las causas más comunes de consulta médica, especialmente en la población pediátrica. Su diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones como la hipoacusia permanente, perforación timpánica o incluso la extensión a estructuras vecinas.

De acuerdo con las Guías de Práctica Clínica (GPC) de México, las otitis se clasifican principalmente en tres entidades:

- **Otitis Media Aguda (OMA):** infección súbita del oído medio, de origen viral o bacteriano, con síntomas como otalgia, fiebre y otorrea.
- **Otitis Media con Exudado (OME):** acumulación de líquido en el oído medio sin signos de infección aguda, asociada a disfunción de la trompa de Eustaquio.
- **Otitis Externa Aguda (OEA):** inflamación del conducto auditivo externo, generalmente por bacterias u hongos, frecuentemente relacionada con exposición al agua.

Cada tipo de otitis tiene características clínicas, etiológicas y terapéuticas particulares. El tratamiento debe individualizarse según la edad del paciente, gravedad del cuadro, factores de riesgo y evolución clínica.

- **Otitis media aguda**

Definición:

Inflamación súbita del oído medio, habitualmente con presencia de exudado, que se acompaña de signos y síntomas como otalgia, fiebre e irritabilidad, y que dura menos de 3 semanas.

Etiología:

Principalmente infecciosa. Puede ser de origen **viral** o **bacteriano**.

- **Virus (30-50%):** Rinovirus, virus sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza, adenovirus.
- **Bacterias (más comunes):**
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae* no tipificable

- *Moraxella catarrhalis*

Epidemiología:

- Es una de las principales causas de consulta pediátrica.
- Alta incidencia en menores de 5 años, especialmente entre los 6 y 18 meses.
- En México, más del 80% de los niños han presentado al menos un episodio antes de los 3 años.

Factores de riesgo:

- Edad entre 6 meses y 2 años.
- Asistencia a guardería.
- Exposición al humo del tabaco.
- Uso de biberón en posición horizontal.
- Antecedente de infecciones respiratorias frecuentes.
- Malformaciones craneofaciales (como labio/paladar hendido).
- Inmunodeficiencia.
- Uso de chupón más allá del primer año.

Cuadro clínico:

- Ootalgia (dolor de oído), a veces manifestada como irritabilidad en lactantes.
- Fiebre.
- Hipoacusia transitoria.
- Otorrea si hay ruptura timpánica.
- Síntomas respiratorios concomitantes (congestión nasal, tos).

Diagnóstico:

Clínico, basado en:

- Inicio agudo de síntomas.

- Presencia de signos de inflamación del oído medio:
 - Tímpano abombado o enrojecido.
 - Movilidad reducida del tímpano (valorada con otoscopia neumática).
 - Exudado visible detrás del tímpano.

Tratamiento:

Tratamiento inicial:

- **Analgesia:**
 - **Paracetamol:** 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas (máx. 60 mg/kg/día).
 - **Ibuprofeno:** 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas (máx. 40 mg/kg/día).
Indicados en todos los pacientes para control del dolor, con o sin fiebre.

Antibiótico de primera línea:

- **Amoxicilina:**
 - Dosis: 80-90 mg/kg/día cada 12 horas (dividida en 2 dosis).
 - Duración:
 - 10 días si <2 años o cuadro grave.
 - 5-7 días si >2 años y leve/moderado.

Indicaciones para iniciar antibiótico desde el inicio:

- Niños menores de 2 años.
- Fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
- Otolgia moderada a intensa.
- Otitis bilateral.
- Presencia de otorrea espontánea.

Alternativas si hay alergia o falla al tratamiento inicial:

- **Amoxicilina/ácido clavulánico:** 90 mg/kg/día de amoxicilina + 6.4 mg/kg/día de clavulánico.
- **Cefuroxima axetilo:** 30 mg/kg/día cada 12 horas (si alergia no anafiláctica a penicilina).
- **Azitromicina:** 10 mg/kg/día el primer día, luego 5 mg/kg/día por 4 días (si alergia verdadera a penicilinas).

- **Otitis exudativa aguda**

Definición:

Presencia de **líquido en el oído medio** sin signos ni síntomas de infección aguda. Es una condición inflamatoria crónica o subaguda, generalmente secundaria a disfunción de la trompa de Eustaquio.

Etiología:

No es de origen infeccioso agudo. Se asocia a:

- Resolución incompleta de una otitis media aguda.
- Disfunción crónica de la trompa de Eustaquio.
- Alergias.
- Irritación por reflujo gastroesofágico.
- Exposición al humo del tabaco.

Epidemiología:

- Es la **principal causa de hipoacusia conductiva** en la infancia.
- Afecta hasta al 90% de los niños antes de los 5 años.
- Mayor prevalencia en invierno y primavera.

Factores de riesgo:

- Edad entre 2 y 5 años.
- Otitis media aguda previa.
- Hipertrofia adenoidea.
- Disfunción de la trompa de Eustaquio.
- Infecciones respiratorias recurrentes.
- Asistencia a guardería.
- Exposición al humo del tabaco.
- Malformaciones craneofaciales (síndrome de Down, paladar hendido).

Cuadro clínico:

- Generalmente asintomática.
- Hipoacusia leve a moderada (conductiva).
- Sensación de oído tapado o plenitud auricular.
- Retraso en el lenguaje (en casos prolongados).
- En niños pequeños puede observarse falta de respuesta a estímulos auditivos.

Diagnóstico:**Clínico y por otoscopía:**

- Tímpano opaco, retraído, con niveles hidroaéreos o burbujas.
- Ausencia de signos de infección aguda (no hay fiebre ni otalgia intensa).
- Otoscopía neumática o timpanometría tipo B (plana) apoya el diagnóstico.

No se indican estudios de imagen de rutina.

Tratamiento:**Tratamiento inicial:**

- **Observación activa sin tratamiento farmacológico** por 3 meses, ya que suele resolverse espontáneamente.

No se recomiendan (según GPC):

- Antibióticos.
- Corticoides sistémicos o tópicos.
- Antihistamínicos.
- Descongestionantes.

Indicaciones para intervención:

- Persistencia del exudado >3 meses.
- Hipoacusia >20 dB.
- Retraso en lenguaje o desarrollo.

- Riesgo elevado (síndrome de Down, paladar hendido, autismo, etc.).

Tratamiento quirúrgico:

- **Tubo de ventilación transtimpánico (diábolo).**
- **Adenoidectomía** si hay hipertrofia adenoidea o recurrencia.

- **Otitis externa aguda**

Definición:

Infección aguda del **conducto auditivo externo**, que puede incluir inflamación de la piel y tejido subcutáneo. También se conoce como “**oído de nadador**”.

Etiología:

Principalmente bacteriana, aunque también puede ser fúngica.

- **Bacterias más comunes:**
 - *Pseudomonas aeruginosa*
 - *Staphylococcus aureus*
- **Hongos (en otitis externa micótica):**
 - *Aspergillus spp.*
 - *Candida albicans*

Epidemiología:

- Afecta a todas las edades, más común en adolescentes y adultos jóvenes.
- Mayor incidencia en verano y en zonas costeras.
- Representa hasta el 10% de las consultas otorrinolaringológicas.

Factores de riesgo:

- Exposición frecuente al agua (natación).
- Manipulación del canal auditivo (uso de cotonetes).
- Climas cálidos y húmedos.
- Uso de audífonos o tapones.

- Dermatitis o eccema del conducto.
- Diabetes mellitus (predispone a formas graves como otitis externa maligna).

Cuadro clínico:

- Otagia (dolor intenso al manipular el pabellón auricular o tragar).
- Prurito en el conducto auditivo.
- Otorrea (secreción del oído).
- Sensación de oído tapado o hipoacusia conductiva.
- Enrojecimiento y edema del conducto auditivo externo.
- Dolor al mover el trago o la aurícula (signo característico).

Diagnóstico:

Clínico, basado en:

- Historia de exposición al agua o manipulación.
- Otoscopia: edema, eritema, secreción en el conducto.
- Dolor al traccionar la oreja o presionar el trago.

Cultivo solo en casos severos, crónicos o recurrentes.

Tratamiento:

Tratamiento tópico:

- **Gotas óticas con antibiótico + corticoide (7 días):**
 - **Ciprofloxacino 0.3% + Hidrocortisona 1%:**
 - 3-4 gotas cada 12 horas.
 - En adultos y niños mayores de 1 año.
 - **Neomicina/polimixina B/hidrocortisona:**
 - 3 gotas cada 8 horas.
 - *Contraindicada si hay perforación timpánica.*

Analgesia:

- **Paracetamol o ibuprofeno**, según dosis descritas arriba.

Antibióticos sistémicos (solo si hay complicación):

- **Ciprofloxacino oral:**
 - Adultos: 500 mg cada 12 horas por 7-10 días.
 - Niños: 10-15 mg/kg/día cada 12 horas (máx. 750 mg/dosis).

Indicaciones para antibióticos sistémicos:

- Celulitis periauricular.
- Fiebre o síntomas sistémicos.
- Inmunocomprometidos o diabéticos.
- Sospecha de otitis externa maligna.

Medidas generales:

- Mantener el oído seco.
- No usar cotonetes ni introducir objetos.
- En caso de estenosis del canal, se puede colocar una gasa con gotas.

REFERENCIAS

- CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC). (2009). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA EN EL NIÑO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (IMSS-I 19-08). SECRETARÍA DE SALUD.
- CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC). (2009). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA CON EXUDADO EN EL NIÑO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (IMSS-I 45-08). SECRETARÍA DE SALUD.
- CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC). (2009). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OTITIS EXTERNA AGUDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SSA-I 62-08). SECRETARÍA DE SALUD.