

Diego Caballero Bonifaz

DR: Adolfo Medellín guillen

Resumen Otitis

Enfermedades infecciosas

6

B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 5 de Abril de 2025.

Resumen otitis

Otitis Externa

Definición:

inflamación difusa del canal auditivo externo que puede involucrar el pabellón auricular o la membrana timpánica, ocasionada por una infección secundaria a la ruptura de la barrera mecánica que proporciona el cerumen en presencia de aumento de la temperatura y humedad

Agente causal:

Los agentes etiológicos más frecuentes son bacterias como *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. También puede haber infecciones por hongos (otomicosis), especialmente *Aspergillus niger* y *Candida*.

Epidemiología:

Es más común en climas cálidos y húmedos, y en personas que practican natación de forma habitual. También afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes.

Factores de riesgo:

Incluyen la humedad prolongada en el canal auditivo, el uso de hisopos, traumatismos locales, dermatitis atópica, uso de audífonos y el contacto con agua contaminada.

Clínica:

Dolor de oído (otalgia), prurito, secreción (otorrea), hipoacusia leve y sensación de oído tapado. Puede haber enrojecimiento e inflamación del conducto auditivo, y en casos graves, linfadenopatía regional y fiebre.

Diagnóstico:

Es clínico. La otoscopía muestra un conducto auditivo inflamado, edematoso y con exudado. En casos de otomicosis, puede observarse material algodonoso o pigmentado. Se puede tomar cultivo del exudado si no hay mejoría con el tratamiento empírico.

Tratamiento

Humedificación alcalinización sobre infección

Antisépticos y antibióticos oídos

Neomicina+dexametasona + ácido acético

Framecitol+gramicina+dexametasona

Ciprofloxacino+hidrocortisona

Si presenta dolor leve o moderado paracetamol 500mg c/8 hrs+ naproxeno 250mg cada 12 hrs

Dolor severo dextroproxifeno 65mg/c8 hrs

:

Otitis Media Exudativa (Serosa)

Definición:

La otitis media exudativa es una acumulación de líquido en el oído medio sin signos ni síntomas evidentes de infección aguda. También se conoce como otitis media serosa o con efusión.

Agente causal:

No se asocia a una infección activa por microorganismos, sino que se origina por disfunción de la trompa de Eustaquio. Sin embargo, puede haber antecedentes de infección respiratoria viral o bacteriana previa.

Epidemiología:

Es muy común en niños de entre 2 y 5 años. Representa una de las principales causas de hipoacusia conductiva en la infancia.

Factores de riesgo:

Incluyen infecciones respiratorias recurrentes, hipertrofia adenoidea, exposición al humo del tabaco, alergias, y malformaciones craneofaciales (como el paladar hendido).

Clínica:

Generalmente asintomática. Puede haber hipoacusia conductiva, sensación de oído tapado y retraso en el desarrollo del lenguaje en niños. No suele haber fiebre ni dolor.

Diagnóstico:

Otoscopía: membrana timpánica opaca, retraída, con nivel hidroaéreo visible o burbujas. La timpanometría tipo B confirma la presencia de líquido en el oído medio.

Tratamiento:

Observación y vigilancia:

- En pacientes sin factores de riesgo o síntomas graves, se recomienda la observación durante 3 meses, ya que la efusión suele resolverse sola en ese tiempo.
- Durante este periodo se debe evaluar periódicamente la audición y síntomas.

Evitar tratamiento farmacológico de inicio:

- NO se recomienda el uso rutinario de antibióticos, antihistamínicos o descongestionantes.
- Tampoco se recomiendan esteroides orales o intranasales como tratamiento de primera línea, ya que no han demostrado eficacia clara.

Intervención quirúrgica (casos seleccionados):

- Si la efusión persiste más de 3 meses y hay evidencia de hipoacusia significativa, retraso en el lenguaje o alteraciones del desarrollo, se recomienda:
 - Colocación de tubos de ventilación (tubos de timpanostomía).
 - En algunos casos, adenoidectomía, especialmente si hay hipertrofia adenoidea que contribuye al cuadro.

Otitis Media Aguda (OMA)

Definición:

Infección del oído medio de inicio súbito, acompañada de signos y síntomas inflamatorios. Es una de las infecciones más frecuentes en pediatría.

Agente causal:

Los patógenos más comunes son bacterias como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*. También puede haber origen viral (rinovirus, VRS, influenza).

Epidemiología:

90% niños menores 5 años

1/3 presentan derrame

Factores de riesgo:

Incluyen la edad temprana, asistencia a guarderías, uso de biberón en posición horizontal, tabaquismo pasivo, antecedentes familiares, infecciones respiratorias previas, y disfunción de la trompa de Eustaquio.

Clínica:

Fiebre, otalgia, irritabilidad, otorrea (si hay perforación timpánica), disminución de la audición, y síntomas respiratorios concomitantes. En lactantes puede presentarse con llanto inconsolable, rechazo del alimento o vómitos.

Diagnóstico

de 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 b. La presencia de líquido en oído medio se identifica mediante cualquiera de los siguientes: 1) Inflamación de la membrana timpánica 2) Movilidad de la membrana timpánica limitada o ausente 3) Nivel hidro-aéreo detrás de la membrana timpánica 4)

Otorrea Los signos y síntomas de inflamación de oído medio se identifican mediante: 1) Otolgia, 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. d. Son signos y síntomas sugestivos de OMA en niños menores de tres años: - Irritabilidad - Fiebre - Hiporexia - Falta de sueño - Escurrimiento nasal - Conjuntivitis - Disminución de la audición - otalgco:

Tratamiento:

En 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 caso de falla terapéutica con amoxicilina a las 72 horas, iniciar amoxicilina/acido clavulánico durante 5 a 10 días

En pacientes alérgicos a beta lactámicos, las alternativas terapéuticas en OMA por su adecuada concentración en oído medio son los macrólidos y la clindamicina.