



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Debora Mishel Trujillo Liévano

Nombre del tema: resumen de los tipos de otitis

Parcial: 2

Nombre de la Materia: enfermedades infecciosas

Nombre del profesor: Adolfo Román Guillen

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Cuatrimestre: 6

Fecha de elaboración: 2 de abril del 2025

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

Bacterias

Pseudomonas aeruginosa: Es una bacteria difícil de combatir que causa la otitis externa aguda y la otitis externa maligna.

Staphylococcus aureus: Es la bacteria que más frecuentemente causa la formación de un furúnculo en el conducto auditivo.

Streptococo: Es otra bacteria que puede causar otitis externa.

Hongos

Cándida: Es un hongo que puede causar otitis externa.

Aspergillus: Es un hongo que puede causar otitis externa.

Epidemiología

La otitis externa es una entidad muy común a nivel mundial, la incidencia exacta no se conoce pero el 10% de la población considera que ha sido afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida. Algunos reportes señalan incidencia de 1:100 a 1:250 para la población general con variaciones regionales basadas en la geografía y la edad del paciente. En los países bajos la incidencia es de 12-14 por 1 000 habitantes por año, incrementando el número de episodios en el verano y en áreas tropicales húmedas ya que la entrada de agua en el conducto auditivo externo es una circunstancia altamente asociada a su desarrollo.

Cerca del 98% de los casos de otitis externa aguda en Norteamérica son de tipo bacteriano, los patógenos más comunes son pseudomona aeruginosa (20% a 60%) y staphylococcus aureus (10% a 70%),

Factores de riesgo

Entre los factores involucrados en la aparición de otitis externa aguda se encuentran: alteración del pH ácido del conducto auditivo por exposición al agua, limpieza agresiva, depósitos de jabón, gotas alcalinas, trauma local con uñas o cotonetes, autolimpieza, irrigación, auxiliares auditivos y audífonos. Los restos de piel de patologías dermatológicas adyacentes al oído pueden también propiciar infección.

Clínica

1. Inicio rápido de la sintomatología (generalmente menos de 48 horas)

2. Síntomas de inflamación del conducto auditivo: • Otolgia severa con irradiación temporomandibular y craneofacial, puede ocurrir también dolor auricular intenso a la más leve manipulación de la zona o durante la masticación • Prurito ótico • Plenitud ótica • Dolor mandibular • Disminución auditiva

3. Signos de inflamación del conducto auditivo:

- Hipersensibilidad del trago, pabellón auricular o ambos (signo del trago positivo)
- Eritema y edema difuso del conducto auditivo
- Otorrea (puede o no estar presente) , eritema de membrana timpánica, celulitis del pabellón auricular y piel adyacente así como linfadenitis regional

Diagnostico

La otoscopia proporciona una imagen altamente sugestiva de la enfermedad al evidenciar un entorno inflamatorio agudo que explica la sensación de hipoacusia, taponamiento y plenitud de oído. La presencia de secreción o descamación no es tan frecuente.

Para considerar el diagnóstico de otitis externa aguda se requiere de un inicio rápido de signos y síntomas de inflamación del canal auditivo.

La otalgia es un síntoma frecuente en el primer nivel de atención, cuando la evaluación otoscópica del paciente con otalgia es normal, se debe realizar diagnóstico diferencial con otras causas de otalgia diferentes a la otitis externa aguda.

El diagnóstico de otitis externa aguda es clínico y requiere exploración otoscópica, en caso de que la otoscopia sea normal se deberán 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

las gotas óticas que combinan esteroide o antibiótico con ácido acético, son más efectivas que las

que tienen únicamente ácido acético (tiempo de recuperación 14 vs 21 días respectivamente). Los esteroides combinados con ácido acético o la combinación de esteroides con antibióticos son igualmente efectivos. Para el tratamiento de la otitis externa aguda se recomienda el uso de gotas óticas que contengan ácido acético en combinación con esteroide y antibiótico tópico.

Otitis media exudativa

Definición

La otitis media exudativa (OME) es una acumulación de líquido en el oído medio sin infección. Es frecuente en niños pequeños, pero puede afectar a personas de cualquier edad.

Agente causal

Inflamación de la trompa de Eustaquio, que puede deberse a alergias, infecciones respiratorias, o irritantes.

Epidemiología

La OME es más frecuente en niños que en adultos.

La incidencia varía según la región.

En niños entre 1 y 4 años, la incidencia es más alta en África subsahariana.

En niños menores de 2 años, la curación espontánea es menos probable

Factores de riesgo

Alergias

Irritantes, como el humo de cigarrillo

Infecciones respiratorias

Beber algo estando acostado boca arriba

Clínica

En niños pequeños, puede no haber síntomas obvios.

En niños mayores y adultos, puede haber una sensación de llenura en el oído o una audición apagada.

Diagnóstico

mediante un examen del oído y pruebas como la timpanometría y la otoscopia.

Tratamiento

Generalmente no necesita tratamiento con antibióticos.

El médico puede decidir tratarlo si causa una infección dolorosa o si el líquido no desaparece.

Otitis media aguda

Definición

es una enfermedad del oído medio, de inicio súbito, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local.

agente causal

puede ser causada por bacterias o virus.

Bacterias: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus del grupo A, Staphylococcus aureus.

Virus: Virus respiratorio sincitial (VRS), Virus influenzae, Virus parainfluenzae, Adenovirus, Rinovirus, Enterovirus

epidemiología

En Estados Unidos de Norte América el 48% de los niños de 6 meses de edad tienen historia de haber presentado OMA; el costo anual por esta enfermedad se refiere de \$2.98 billones de US dólares.

En México en el año 2006 se reportaron 708,556 casos de OMA de los cuales 29,742 (4.2%) correspondieron a niños menores de un año y 125,857 (17.8%) a niños de 1 a 4 años, por lo tanto los niños menores de 4 años representan casi la cuarta parte de los casos (17.8%).

factores de riesgo

-Asistencia a guardería - Exposición ambiental a humo de cigarro y otros irritantes respiratorios y alérgenos que interfieren con la función de la trompa de Eustaquio - Falta de alimentación con leche materna - Posición supina para la alimentación - Uso de chupones - Historia familiar de OMA - Anormalidades craneofaciales - Deficiencias Inmunológicas - Reflujo Gastroesofágico.

clínica

Otalgia, que interfiere con las actividades normales del niño, o Eritema de la membrana timpánica Pueden presentarse acompañados de fiebre, irritabilidad y/o hiporexia.

Son signos y síntomas sugestivos de OMA en niños menores de tres años: - Irritabilidad - Fiebre - Hiporexia - Falta de sueño - Escurrecimiento nasal - Conjuntivitis - Disminución de la audición – otalgia.

diagnostico

El diagnóstico de OMA en niños requiere de una combinación de los siguientes:

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

tratamiento

La Amoxicilina a dosis elevadas, es el antimicrobiano de elección en cada episodio de OMA, a menos que exista otra razón para seleccionar un agente diferente. Se recomienda utilizar de primera elección 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 mayores de 6 años, la duración recomendada es de 5 a 7 días, con lo que se disminuyen costos.

-En pacientes con enfermedad grave (otalgia moderada a grave, o fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$) y en aquellos en quienes se desea cubrir otras etiologías como microorganismos β -lactamasas positivos como *Haemophilus influenzae*, y *Moraxella catarrhalis*, la terapia debe iniciarse con dosis alta del componente β -lactámico (90 mg/kg/día con 6.4 mg/kg/día de ácido clavulánico, dividido en dos dosis).

-En caso de falla terapéutica con amoxicilina a las 72 horas, iniciar amoxicilina/ácido clavulánico durante 5 a 10 días, de acuerdo a la edad del paciente y el momento del inicio de la OMA bacteriana.

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

Bibliografía

Gpc:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/496GRR.pdf>.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/496GRR.pdf>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/438GER.pdf>