

Otitis

G. Leal Reyes, F.J. Montero Pérez, L. Jiménez Murillo, J.A. Gascón Jiménez
y E. Cantillo Baños

CONCEPTO

Con carácter general, la *otitis* se define como un proceso inflamatorio o infeccioso del oído. Su manifestación clínica más común es la otodinia, dolor secundario a una afección del oído, y la prueba diagnóstica por excelencia es la otoscopia. En general, los pacientes con otitis (externas, medias o malignas) no requieren ingreso hospitalario urgente.

En este capítulo se hace referencia a la otitis externa, la otitis media y la otitis maligna.

OTITIS EXTERNAS

Clasificación

Pueden clasificarse en función de la forma de inicio (agudas o crónicas), su extensión (localizadas o difusas), la zona de origen (primarias o secundarias) o el microorganismo causante (bacterianas, virales, fúngicas o mixtas).

Clínica

El síntoma más importante es la otodinia con dolor al presionar el trago (signo del trago positivo). Cuando la otitis es micótica, los síntomas fundamentales son el prurito y la otorreya; la otodinia es de poca entidad.

Otoscopia

Puede revelar:

- Un simple forúnculo: otitis externa localizada.
- Un estrechamiento intenso de todo el conducto auditivo externo cartilaginoso, que impide incluso la introducción del otoscopio: otitis externa difusa.
- Una secreción seropurulenta que fluye a través de una perforación timpánica: otitis externa secundaria a otitis media.
- Una secreción pastosa con hifas blanquecinas o negruzcas: otomicosis.

Tratamiento

Se basa en:

- Aplicación de calor local seco.
- Limpieza exhaustiva del conducto auditivo externo, con portaalgodones o aspirador. Si existe estenosis del conducto, es útil, aunque doloroso para el paciente, colocar una mecha de gasa o material poroso (**Spongostan**[®], **Merocel**[®]) impregnado en gotas óticas.
- Analgésicos-antiinflamatorios por vía oral, como metamizol magnésico (**Nolotil**[®], cápsulas de 575 mg) en dosis de 575 mg/8 h, ibuprofeno (**Neobrufen**[®], comprimidos de 400 y 600 mg; **Espidifen**[®], sobres de 400 y 600 mg) en dosis de 600 mg/8 h, naproxeno (**Naprosyn**[®], comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h, o dextroketoprofeno trometamol (**Enantyum**[®], comprimidos y sobres de 25 mg) en dosis de 25 mg/8 h. Si el dolor no cede, se asocia al fármaco elegido tramadol (**Adolonta**[®], cápsulas de 50 mg) en dosis de 50 mg/8 h.
- Antibióticos tópicos polimicrobianos (**Otix**[®], gotas óticas) en dosis de 1 gota/4-6 h en el oído afectado durante 7 días, o ciprofloxacino (**Baycip ótico**[®], unidosis de 1 mg) en dosis de 1 mg/12 h en el oído afectado durante 7 días.
- Antibióticos, administrados por vía oral y durante 7 días, como uno de los siguientes:
 - Amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine**[®], comprimidos y sobres de 875 + 125 mg; **Augmentine Plus**[®], comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 875 + 125 mg/8 h o 1.000 + 62,5 mg/8 h.
 - Ceftibuteno (**Cedax**[®], cápsulas de 400 mg) en dosis de 400 mg/24 h.
 - Si la otitis ha sido premedicada, si existe alergia a la penicilina o si se manifiesta en pacientes diabéticos, el antibiótico de elección es el ciprofloxacino (**Baycip**[®], comprimidos de 250, 500 y 750 mg) en dosis de 500 mg/12 h.
- En las otitis externas localizadas resistentes al tratamiento antibiótico sistémico se realiza drenaje quirúrgico.
- En las *otitis externas difusas de origen micótico* el tratamiento más efectivo es la aspiración de secreciones y

la aplicación de antifúngicos tópicos, como clioquinol asociado a beclometasona (**Menaderm**®, gotas) en dosis de 4-6 gotas/8 h en el oído afectado durante 7-10 días. En pacientes inmunodeprimidos y en los casos resistentes al tratamiento tópico se asocia un antifúngico oral como itraconazol (**Canadiol**®, **Hongoseril**®, cápsulas de 100 mg) en dosis de 100 mg/12 h por vía oral durante 15 días.

OTITIS MEDIAS

Se clasifican igual que las otitis externas, si bien la otitis media crónica (simple, colesteatomatosa, serosa, timpanoesclerótica, tuberculosa) puede reagudizarse en cualquier momento, y se considera una urgencia, como la otitis media aguda.

Clínica y exploración

La forma de presentación clínica depende del momento de su evolución:

- Suele empezar, sobre todo en niños, como un *catarro de vías respiratorias altas*: rinorrea, obstrucción nasal, sensación de taponamiento de oído, otodinia leve.
- Si el proceso no se detiene, se presenta como una *ototubaritis*: autofonía, taponamiento, otodinia de intensidad leve a moderada, acúfenos, retracción de la membrana timpánica.
- Si se produce sobreinfección bacteriana, se origina una *otitis media aguda presupurada*, que se caracteriza clínicamente por otodinia intensa, hipoacusia, acúfenos, fiebre y afectación del estado general. En la otoscopia se observa una membrana timpánica muy enrojecida o abombada.
- Si no se trata o el tratamiento es inadecuado, la otitis evoluciona hacia una *otitis media aguda supurada*: otorrea seropurulenta, hipoacusia y mejoría del dolor, los acúfenos, la fiebre y el estado general. En la otoscopia, el tímpano presenta una pequeña perforación puntiforme anteroinferior por la que drena el líquido seropurulento.

Tratamiento

El tratamiento depende del momento evolutivo en que se encuentre:

- En las *fases catarrales* y en la *ototubaritis* se administra:
 - Suero fisiológico en ambas fosas nasales.
 - Descongestivos nasales, como oximetazolina (**Respir**®, solución para pulverización nasal 0,05%) en dosis de 1 nebulización/6 h durante 3 días; o antihistamínicos en aerosol, como azelastina (**Afluon**®, solución para pulverización nasal con 140 µg/pulsación), en dosis de 1 pulsación/12 h en cada fosa nasal, durante 5 días.
 - Mucolíticos, como ambroxol (**Mucosan**®, jarabe con 30 mg/5 ml), en dosis de 90 mg (15 ml)/8 h por vía oral.

- En las *fases presupurada y supurada*, el tratamiento inicial es idéntico al descrito en las otitis externas; es decir, analgésicos-antiinflamatorios y antibióticos tópicos, cuyas dosis y forma de presentación ya se han expuesto. El tratamiento antibiótico sistémico incluye:
 - Como primera elección se administra: amoxicilina-ácido clavulánico (**Augmentine**®, comprimidos y sobres de 875 + 125 mg; **Augmentine Plus**®, comprimidos de 1.000 + 62,5 mg) en dosis de 875 + 125 mg/8 h o 1.000 + 62,5 mg/8 h; o cefuroxima (**Zinnat**®, comprimidos y sobres de 250 y 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h, por vía oral, durante 7-10 días.
 - Como alternativa, se administra azitromicina (**Zitromax**®, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/24 h por vía oral durante 3 días.
 - En situaciones especiales que requieran tratamiento parenteral, el antibiótico de elección es la ceftriaxona (**Ceftriaxona Normon**®, viales con 1 y 2 g) en dosis de 1-2 g/24 h por vía intramuscular o intravenosa.
- La resolución de la perforación timpánica, si no hay complicaciones, suele ser espontánea *ad integrum* a las pocas semanas. Si no se resuelve, se trata de una *otitis media crónica*, que puede ser *simple* (perforación simple, generalmente central, y fondo de mucosa de la caja sano) o *colesteatomatosa* (perforación marginal, generalmente posterosuperior, con fondo de mucosa de la caja con granulaciones o escamas blancas). Ambos procesos requieren cirugía diferida; miringoplastia en la forma simple, y timpanoplastia en la forma colesteatomatosa.

OTITIS MALIGNAS

Entre las otitis crónicas merece especial interés la otitis externa maligna. Se trata de una infección crónica del oído por *Pseudomonas aeruginosa*.

Se presenta predominantemente en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos, y se caracteriza por una otorrea crónica seropurulenta, verdosa, resistente al tratamiento médico habitual, acompañada a menudo de parálisis facial periférica. La *otoscopia* puede revelar desde un tejido de granulación que oblitera todo el conducto auditivo externo a una lesión granulosa o polipoide que asienta en la caja.

El diagnóstico de confirmación se realiza de forma diferida mediante cultivo de la muestra y tomografía computarizada del oído medio y de la mastoides, donde se observa destrucción ósea del peñasco.

El *tratamiento* de elección se realiza con:

- Ciprofloxacino (**Baycip**®, comprimidos de 250, 500 y 750 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral durante 10 días, asociado a norfloxacino (**Chibroxin**®, colirio 0,3%) en dosis de 1 gota/6 h en el oído afectado durante 10 días.
- Si hay dolor se prescriben analgésicos por vía oral, como dexketoprofeno trometamol (**Enantyum**®, comprimidos y sobres de 25 mg), en dosis de 25 mg/8 h. Si el dolor no cede, se administra tramadol (**Adolonta**®, cápsulas de 50 mg) en dosis de 50 mg/8 h.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, Limbos MA, Suttorp MJ, Shekelle PG. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *JAMA* 2010;304:2161.

Del Castillo Martín F, Baquero Artiago F, De la Calle Cabrera T, López Robles MV, Ruiz Canela J, Alfayate Miguelez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *An Pediatr Barcelona* 2012;77:345.

Griffin GH, Flynn C, Bailey RE, Schultz JK. Antihistamínicos y descongestivos para la otitis media exudativa (OME) en niños (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford.

Leach AJ, Morris PS. Antibióticos para la prevención de la otitis media aguda y crónica supurativa en niños (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford.