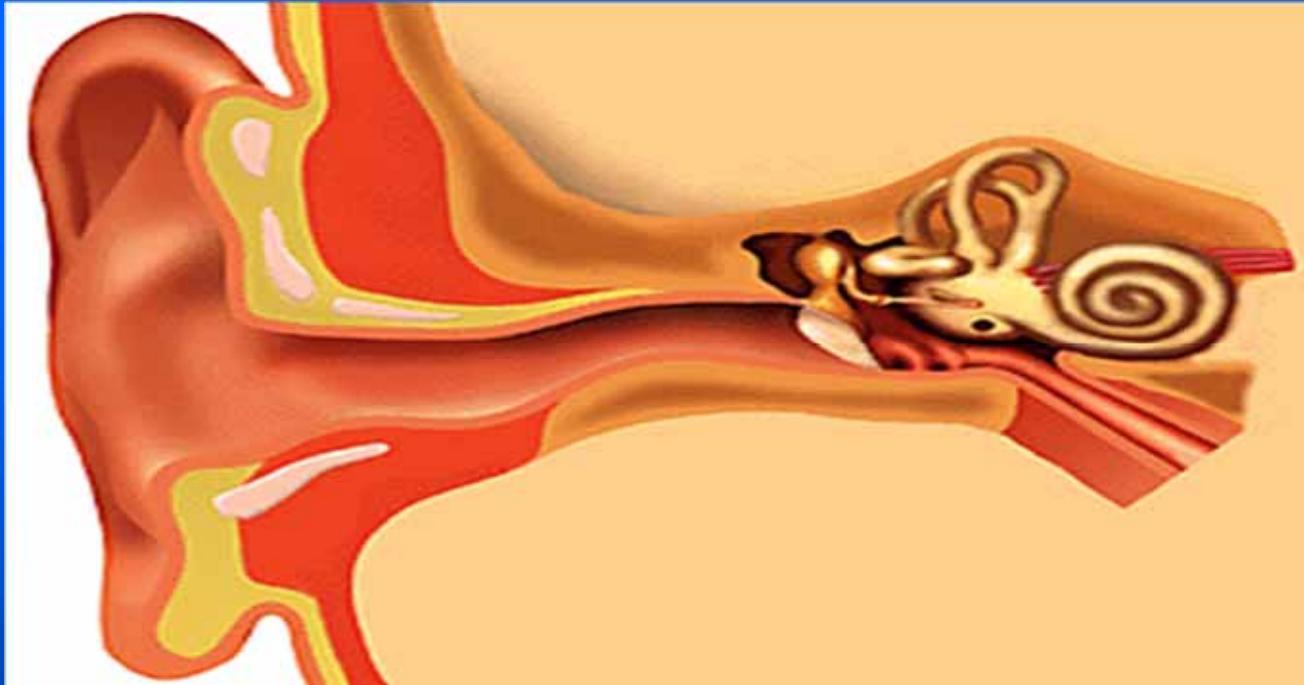


Otitis Media Aguda y sus Complicaciones

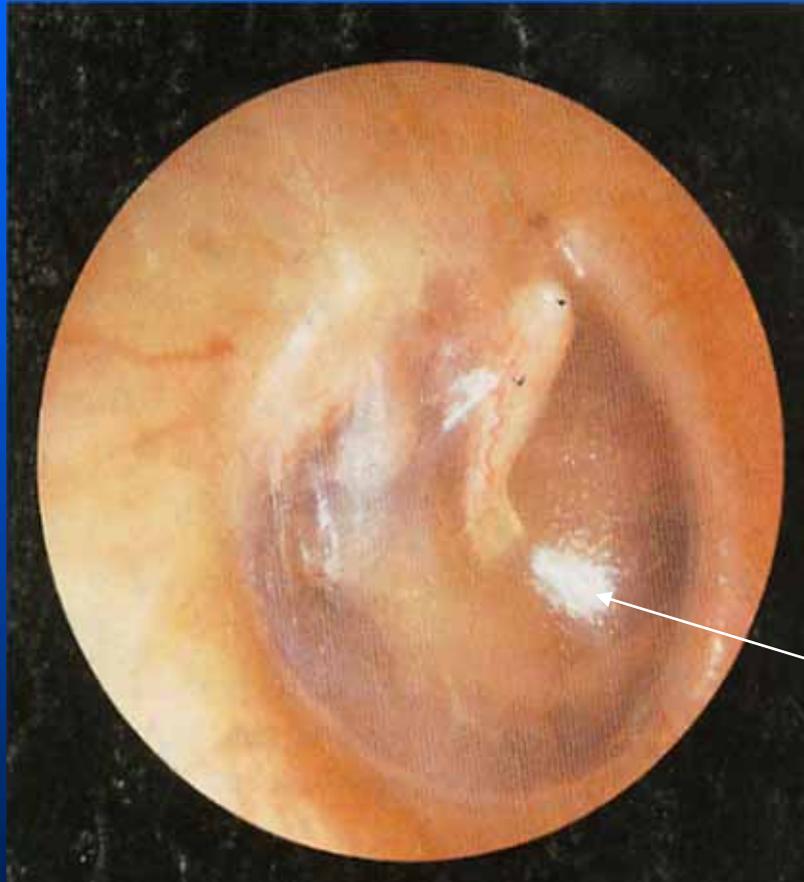
Autora: Dra. MsC Gladys Pérez López
Prof. Auxiliar de ORL
Asesor. Prof. Titular Dr. Bernardo Sandó Iznaga

ISCMH
Fac. C.M. Fajardo
2015
maro@infomed.sld.cu



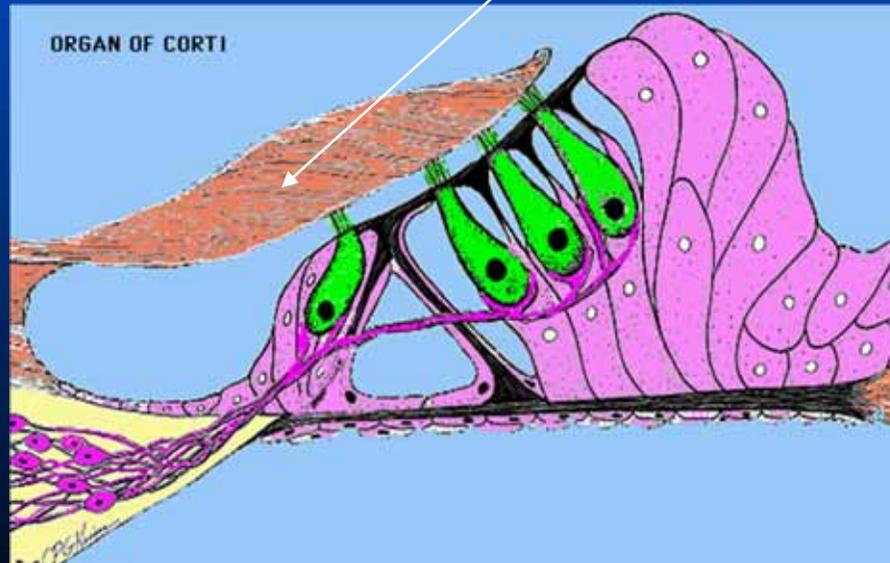
INTRODUCCION ^{1,2}

**1-Siempre que nos referimos al oido medio consideramos
UNIDAD FUNCIONAL DE OIDO MEDIO
mastoides, caja timpánica y trompa de eustaquio**



**La membrana timpánica:
forma parte de la pared
externa de la caja timpánica,
se divide en cuadrantes y es
de color blanco nacarada
observando el triángulo
luminoso de Politzer en su
cuadrante ántero-inferior.**

- La flexibilidad del TIMPANO posibilita que al contactar la onda sonora transmita la energía, hasta los huesecillos y de ahí a nivel de la VENTANA OVAL esa energía es transmitida a los líquidos del oído interno donde se transforma de energía mecánica en energía bioeléctrica en el órgano de Corti.



-Los procesos inflamatorios del oído medio son frecuente motivo de consulta al nivel de atención primaria.

Hay numerosas clasificaciones de Otitis Media Aguda(O.M.A.)pero empleamos la clasificación **clínica**, cuyo diagnóstico es por las evidencias, resultando de fácil manejo a cualquier nivel de

atención de salud.1,2,3

Otitis Media Aguda (O.M.A.) es la inflamación de la mucosa del oído medio

(trompa de Eustaquio, caja timpánica y celdas mastoideas)

caracterizada por:

presencia de un exudado que puede ser o no purulento;
de ahí los dos tipos clínicos de O.M.A:

-----**Catarral (Serosa o Exudativa)** y
-----**Purulenta.**

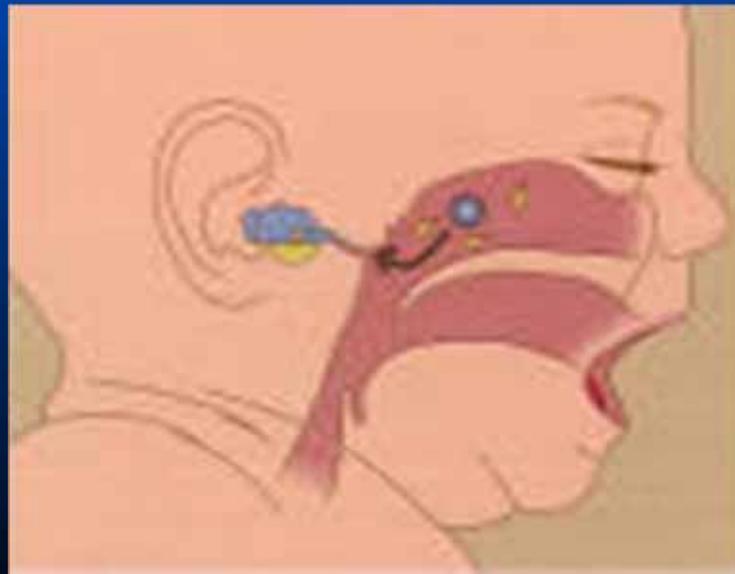
Es frecuente en los niños, puede ser uni o bilateral.

OTITIS MEDIA AGUDA CATARRAL: 1,2,3,4,5,6

También denominada serosa o exudativa, catarro tubotimpánico, por la formación de un trasudado estéril (glue ear) que en algunos casos puede contener gérmenes como H.Influenzae.

Constituye una de las primeras causas de hipoacusia de transmisión en el niño, y en adultos.

O.M.A.C.



■ **ETIOPATOGENIA:**

- **El factor obstrucción tubaria es el más constante, por disfunción tubaria o mecánicamente por masas, vegetaciones adenoideas etc. (presión negativa dentro del oído medio).**
- **Se produce hiperhemia de la mucosa y trasudado que no drena debido a la obstrucción tubaria.**
- **El barotrauma (en la práctica de buceo y aviación los cambios de presiones condicionan este tipo de otitis).**
- **La etiología viral a través de procesos rinofaríngeos agudos (adenoiditis)**

Cuadro Clínico:

Los síntomas son constantes y casi siempre bilaterales.

AUTOFONIA

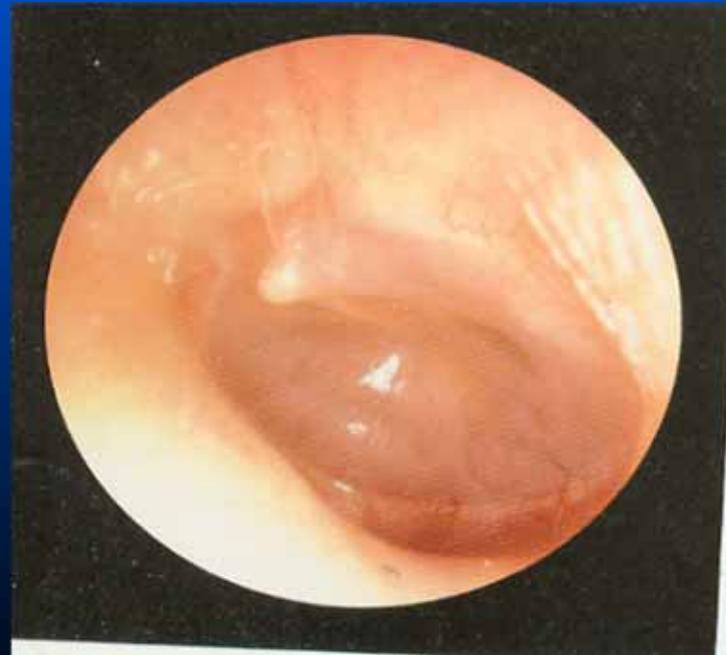
HIPOACUSIA DE TRANSMISIÓN

ACÚFENOS(GRAVES)

Sensación de oído ocupado

Los signos otoscópicos varían, según la cantidad de exudado, duración del proceso, etc.

Atelectasia del timpano
(en las primeras horas)





- **Atelectasia (depresión) del timpano-----signos:**
- horizontalización del martillo,
- apófisis corta prominente,
- acortamiento de los ligamentos timpanomaleolares,
- deformidad o desaparición del triángulo de Politzer

O.M.A.CATARRAL

Puede ocurrir en su evolución:
hiperemia del epitimpano
pars flácida



O.M.A.CATARRAL

Puede ocurrir en su evolución acúmulo de secreciones en la caja timpánica



Exámenes Paraclínicos:

Rx Mastoides: Se observará velamiento de las mastoides.

Acumetría: Hipoacusia de Transmisión

Triada de Bezold:

WEBER LATERALIZA AL OIDO MAS AFECTADO

RINNE ES NEGATIVO

SCHWABACH ES PROLONGADO

Timpanometría: curva tipo B (plana)

Evolución y Pronóstico:

Evoluciona satisfactoriamente en 1 o 2 semanas, sin embargo hay casos que pasa a la cronicidad y el exudado (gelatinoso) deja como secuela la Timpanoesclerosis, si no se trata adecuadamente.



Complicaciones:son excepcionales

.

Diagnóstico:

Clinicamente se descartan la
O.M.A.Purulenta y la O.M.C.

Adhesiva por Los sintomas y los
signos otoscópicos.

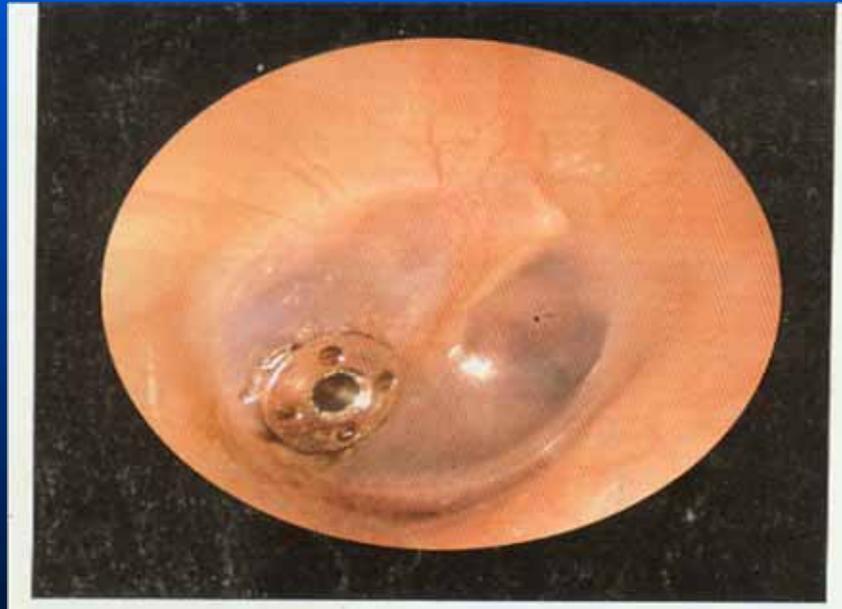
TRATAMIENTO:

REGIONAL: Tratamiento quirúrgico de adenoides; Gotas nasales: Efedrina 1% (en niños > 1 año); Argirol 2% 4-5 gotas/8 horas. Vaporizaciones/6hs.

GENERAL: Antihistaminicos cuando hay base alérgica. Difenhidramina 5mg/kg/dia niños y

25mg/kg/dia adultos (3-4 dosis)

LOCAL: Miringotomía y colocación de drenaje transtimpánico en cuadrante póstero-inferior del tímpano (tubo de Shepard) (cuando recidiva el exudado) lo realiza el Especialista de ORL lo realiza el especialista de ORL.



OTITIS MEDIA AGUDA PURULENTA . (OMAP)^{1,3,5,}

- Inflamación aguda y piógena de la mucosa que reviste el oído medio seguida de exudación de tipo mucopurulenta.



Etiopatogenia:6,7,

La causa determinante es la **infección bacteriana:**
Estreptococo B hemolítico, **estreptococo Pneumoniae**
Hemophilus Influenzae y Bacilo de Friedlander, se
incriminan los virus.

Llegan al oído a través de Trompa de Eustaquio
(ancha y corta en el niño); procedente

•**De infecciones vecinas:**Adenoiditis

Rinosinusitis aguda/cronica
Estados catarrales de V.A.S.

(Rhinovirus,Adenovirus,Neisserias catarralis)

- **Via trans-timpánica por perforación** traumática

No olvidar factor terreno (base alérgica, déficit inmunológico, diabetes, desnutrición) y poca neumatización de mastoides.5,9

O.M.A.P. Cuadro Clínico. :1,2,5 (otoscopia con Lupa)

Primer Estadio:

Hiperemia del timpano

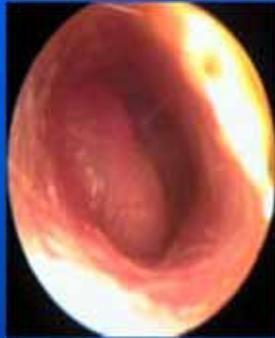
Otodinia ligera, sensación de oído ocupado, fiebre discreta



O.M.A.P.

■ Segundo Estadio:

Fase a timpano cerrado:



Timpano Abombado
Hipoacusia Transmisión(Acúfenos) ,
Autofonia, Otodinia intensa, pulsátil,
Fiebre alta, Cefalea.

Fase a timpano abierto:



Perforación y otorrea mucopurulenta
que sale pulsátil, desaparece la fiebre
y disminuye el dolor.

Evolución:

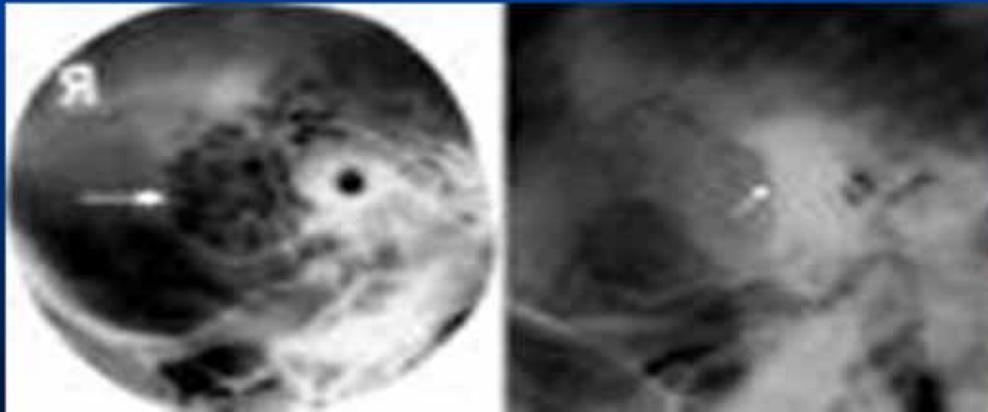
Es **variable**, hay pacientes en que puede durar tres-cuatro días y no pasar del estadio inicial de hiperemia; pero puede pasar al estadio donde se produce la perforación y con un tto. adecuado curar en **dos semanas** ; o retardar la curación por infecciones nasofaríngeas, sinusales; o no realizar el tto.

Diagnóstico: Se excluyen por el examen físico

las otalgias extra-óticas,
las otitis externas agudas
las otitis media catarral .

-

Rx Mastoides: Velamiento mastoideo. 6,10



TRATAMIENTO: 11,12



Hiperemia



la primera fase:

se realiza por el médico no especializado con:

-**Gotas Nasaes**, (Efedrina 1%, o Argirol 2%)

4-5gotas/8 hrs. Después hacer-----→

-**Inhalaciones** vapor de agua (eucaliptol)

Además:

-Antibiótico:

Clindamicina, Sulfaprim o

Amoxicilina/Ac. Clavulánico 500mg/ 12hrs (niños)

500mg/8hrs (adultos) o Penicilina R-L 1/2 millón
Unidades Internacionales. I.M./12hrs y 1 millón/12hrs
(adulto); ciclo 7-10 días

-Analgésicos: Dipirona (niños – 6 años 250mg dosis oral
o IM) Adultos 500mg/dosis oral o IM. 1, 2, 8, 11



Segunda Fase

Abombamiento:

Requiere tratamiento especializado----→

-

-Miringotomía en cuadrante póstero-inferior.

-El resto del tratamiento igual que en la primera fase.

-Realizar exudado con antibiograma de las secreciones

Fase de Perforación:

Ampliar miringotomía.

-Realizar el resto igual tto.



Hacemos énfasis en:

-En las otitis media aguda no se indican lavados ni gotas óticas.

-En la **otitis media catarral o serosa** (OMAC) **no se indican antibióticos.**

-En la otitis **media aguda purulenta**(OMAP) en la fase de hiperemia, puede tratarla el médico no especializado, **indicar antibiótico.**

-

La fase a timpano abombado y timpano perforado, requiere atención especializada.

-La adenoidectomía previene las recidivas.

-La O.M.A.P. deja secuela perforativa en membrana timpánica.

COMPLICACIONES:1,6,

Exocraneanas:mastoiditis aguda, laberintitis, parálisis facial periférica(PFP),fistulización, absceso de Bezold.

- Endocraneanas:meningitis tromboflebitis del seno lateral, abscesos encefálicos – cerebral,cerebeloso,
Absceso extradural.

SIGNOS DE ALARMA:

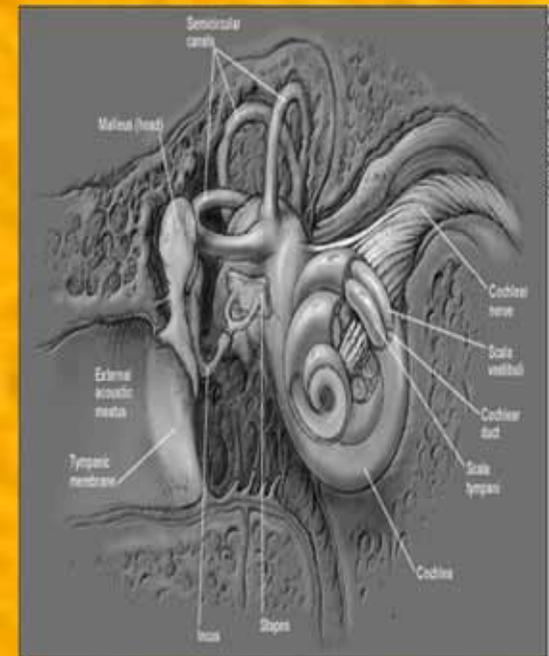
**vómitos,
vértigos,
cefalea intensa,
nistagmus
fotofobia,
páralisis facial,
fiebre en pico de aguja,
aumento o disminución de la otorrea.**

Mastoiditis Aguda:

Es la inflamación destructiva de las celdas mastoideas debido a osteitis de la apófisis mastoideas, puede ocurrir como complicación de otitis media aguda o agudización de una crónica →

Etiopatogenia:

- Virulencia del germen
- Bajas defensas del paciente
- aditus ad-amtrum bloqueo
- Mastoides muy neumáticas
- En la O.M.C.Colesteatomatosa.



MASTOIDITIS AGUDA: Cuadro Clínico:1,2,5

Sintomas:

Dolor variable

Aumento o disminución de la otorrea

Hipoacusia de transmisión

La fiebre puede estar ausente y no haber toma general del paciente.

- Signos:

Borramiento del surco retroauricular , desplazamiento del pabellón hacia delante, dolor al palpar mastoides, con empastamiento de partes blandas y a veces fistulización; según el tipo de mastoiditis.

Otoscopia:

Descenso y edema de la pared
posterosuperior del C.A.E.

Pared Anterior de mastoides)



MASTOIDITIS AGUDA: FORMAS CLINICAS:

Mastoiditis de Bezold

Yugodigástrica

Petrositis

Temporo-cigomatica y

Absceso sub-perióstico Mastoideo.

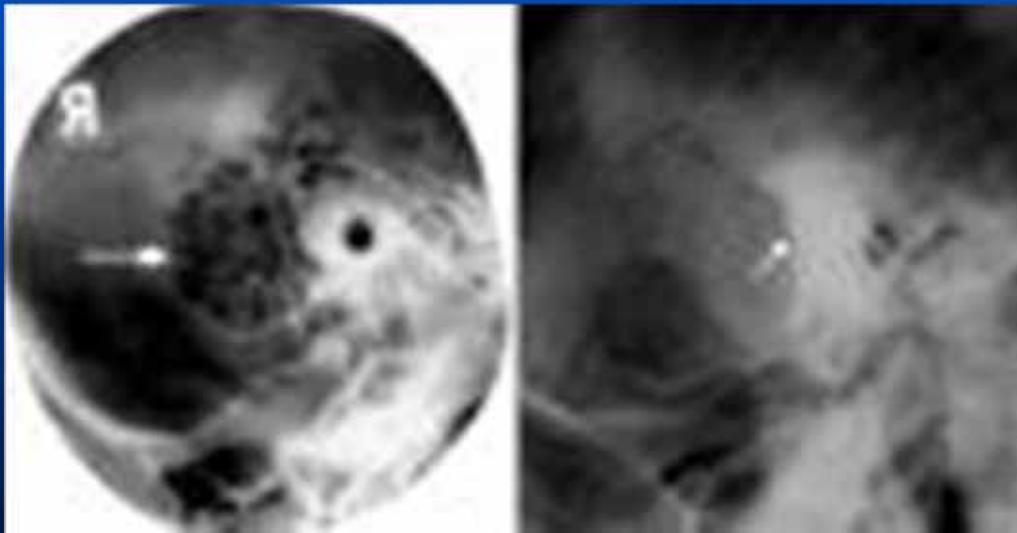
DIAGNOSTICO; C. Clínico

Estudio radiográfico→

RX en posición de SCHULLER y STENVERS

**Observando velamiento de
mastoides y**

Focos de destrucción ósea



TRATAMIENTO Mastoiditis Aguda:

En la época actual no es frecuente esta complicación, no obstante cuando se presenta debe ser tratada por el especialista una vez ingresado el paciente.

En el tratamiento médico se utiliza antibióticos de amplio espectro y preferiblemente de segunda o tercera generación.

- El tratamiento quirúrgico consiste en mastoidectomía radical.

Bibliografía:

1-Hawke M., Keene M., Alberti P.W., A TEXT AND Colour Atlas., Clinical OtoscopyChurchill L. Edinburgh Melbourne and N.Y., 1984

2- BerendesJ.,Link R., Zollner F,Tratado de Otorrinolaringologia,Edit,C.Médica,1969, págs.1121-1206.

3-Villar S. y cols.Libro de la asignatura de Otorrinol.Edit. Pueblo y Educación,Cuba, 1984,págs78-85.

4-Conde F.J, ChiossoneL.E., OtorrinolaringologiaEdit.Cient.Med.Barcelona,1972,pags.155-179.

5-Ballantyne/Groves Manual de Otorrinolaringologia,Edic.Revolucionarias, Cuba,1977, págs.117-138.

6- Paparella M.M.,Shumrick D.A.,Otorrinolaringologia, Cabeza Cuello,Edic.Rev., Cuba,1983,pags.859-865.

7-Ballenger J.J. Diseases of the Nose, Throat and Ear. Lea and Febiger Philadelphia, Eleventh Edition 1969, Chapter 5, pages 74-77.

8-Huebner RE, Wasas AD, Hockman M, Klugman KP Bacterial aetiology of non-resolving otitis media in South African children ..J Laryngol Otol 2003 Mar;117(3):169- 72.

9- Elies W. Current therapeutical management, new antibiotics and treatment of Pseudomonas aeruginosa in bacterial ENT-infections] Laryngorhinootologie 2002 Jan;81(1):40- 5.

10-Farreras- Rozman, Medicina Interna, Otitis Media
<https://www.clinicalkey.es/#!/topic/otitis%2520media> Visitado Julio 2015

11- Vazquez E, Castellote A, Piqueras J, Mauleon S, Creixell S, Pumarola F, Figueras C, Carreno JC, Lucaya J. Imaging of Complications of Acute Mastoiditis in Children . Radiographics 2003 Mar;23(2):359-372.

12- Gungor A, Bluestone CD Antibiotic therapy in otitis media. Curr Allergy Asthma Rep 2001, Jul, 1(4):364- 72.

13-Virtual Hosp. Univ. of IOWA. Family Practice Handbook. 4th. Edit. Otolaryngol. Ear Pathology. Chapter 20.