

Otitis media aguda recurrente en población infantil

Autora: Dra. Nicole Silva M., Residente Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Pamela Rojas G., Docente de Medicina Familiar PUC

Noviembre 2021

Palabras clave: otitis media aguda recurrente, tubos de timpanostomía, antibioterapia profiláctica, APS, Medicina Familiar

RESUMEN DE PORTADA

La otitis media aguda recurrente se define como la presencia de tres o más episodios distintos y bien documentados de otitis media aguda dentro de los seis meses o cuatro o más episodios dentro de 12 meses (1). Poseer las herramientas adecuadas para su tratamiento, basado en la evidencia científica disponible, es necesario para brindar las mejores opciones terapéuticas para nuestros pacientes.

INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad frecuente en la población pediátrica, con una incidencia en Chile de 16.300/100.000 en menores de un año y 4.800/100.000 entre uno y cuatro años de edad (2).

La otitis media aguda recurrente (OMAR), por su parte, se define como la presencia de 3 o más episodios distintos y bien documentados de otitis media aguda en 6 meses, o 4 o más episodios dentro de 12 meses (1). Es crucial en el proceso de identificación del cuadro tener la certeza de que los episodios previos fueron efectivamente otitis media aguda y no solo cambios timpánicos producidos por cuadros respiratorios de vías aéreas altas sin la necesidad de antibioterapia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de un niño con OMAR requiere controlar los factores de riesgo/ protectores, y sobre esa base, agregar una vía de manejo, que puede ser de espera vigilante o bien de tratamiento agresivo.

I. Reducir de factores de riesgo:

Inicialmente, y como pilar fundamental para evitar el desarrollo de nuevas OMA, es necesario hacer un adecuado control de los factores de riesgo. Entre ellos (1, 3, 4):

- Asistencia a guardería/jardín infantil: se ha evidenciado que, en la medida en que menos se expone el menor a otros niños, habrá menos exposición a patógenos respiratorios y eso reduce su posibilidad de enfermar.
- Exposición al humo (tabaco, chimenea, etc.): Se ha evidenciado que los niños expuestos al humo de tabaco tienen más episodios de otitis media aguda comparado con niños sin exposición. Así mismo, ocurre de forma similar en niños expuestos al humo de chimeneas o cocina a leña.
- Chupete o chupón: el uso del chupete favorece el reflujo a través de la trompa de Eustaquio favoreciendo el acúmulo de líquido en éste y la invasión bacteriana con más facilidad.

II. Fortalecer factores protectores^(1, 3)

- Promover lactancia materna: Se ha evidenciado que su mantención al menos tres meses reduce el riesgo de OMA durante el primer año de vida, con un riesgo relativo de RR 0,87 (0,79-0,95) IC 95%. Esto se traduce en una reducción del 13% de los episodios con un resultado estadísticamente significativo. Se sugiere extender esta recomendación incluso a los hermanos de niños con OMAR.
- Favorecer el cuidado en casa: se ha evidenciado que el cuidado en casa (en contraparte al cuidado del menor en un jardín infantil o guardería) reduciría el riesgo de enfermar de OMA, logrando una disminución entre 2 a 5 episodios al año en un niño con el antecedente previo de OMAR.
- Promover aseo de jardín infantil: de acuerdo a la evidencia disponible, el uso de desinfección de superficies con alcohol y el adecuado lavado de manos de las cuidadoras del jardín infantil podría ayudar a reducir hasta en un 27% la incidencia de episodios de OMA en sus niños en 15 meses de observación.
- Vacunación contra influenza estacional: el uso de la vacuna trivalente o tetravalente de influenza en niños, reduce hasta un 27% los episodios de OMA.
- Vacunación contra pneumococo con vacuna 13 valente (en Chile incluida dentro del programa nacional de inmunización) muestra 34% de disminución de riesgo de presentar OMA.

En el pasado se discutió la capacidad del uso de xilitol⁽⁴⁾ de prevenir episodios de otitis media aguda recurrente, pero actualmente no hay evidencia a favor del uso de este como medida preventiva.

III. INTERVENCIÓN ESPECÍFICA:

- **Espera vigilante⁽¹⁾:**

Consiste en un seguimiento clínico y en caso de presentar una OMA, tratar con el antibiótico habitual.

En este proceso es indispensable realizar una adecuada y acuciosa anamnesis que nos permita descartar a través de la historia la posibilidad de comorbilidades que hagan más susceptible al menor de enfermar de forma recurrente. Se sugiere poner especial énfasis en sospechar y descartar casos de disquinesia ciliar primaria, inmunodeficiencia o neoplasias de cavum (1). En caso de pesquisar comorbilidades, estas deben tratarse adecuadamente hasta lograr su compensación.

- **Tratamiento agresivo (5):**

Este tipo de tratamiento incluye antibioterapia profiláctica y/o tubos de timpanostomía.

Se preferirá tratamiento agresivo en los menores que presenten alguna de las siguientes características:

- Edad menor a dos años: considerando que episodios recurrentes podrían generar hipoacusia asociada al derrame propio de la inflamación de la otitis media aguda, generando un potencial impacto en el desarrollo psicomotor.
- Retraso del lenguaje esperado para la edad.
- Condiciones médicas que predisponen a otitis media aguda recurrente como: Paladar hendido, síndromes con anomalías craneofaciales, disfunción persistente de la trompa de Eustaquio, etc.
- Perforación espontánea recurrente de la membrana timpánica.
- Episodios graves.
- Episodios que mantienen ritmo de recurrencia pese a buen control de comorbilidades y factores de riesgo.
- Múltiples factores de riesgo, especialmente si este no se puede modificar.

Tratamiento con antibioterapia profiláctica (6):

Una revisión sistemática Cochrane de 1586 niños de 0 a 18 años con otitis media aguda recurrente evaluó el uso de antibioterapia profiláctica (cotrimoxazol o amoxicilina) versus espera vigilante. La revisión mostró:

- El uso de antibioterapia profiláctica logra reducir el riesgo de otitis media aguda o desarrollo de otitis media crónica en 35% (con RR:0,65 (0,53 a 0,79) IC 95%), con un número necesario a tratar de cinco niños para lograr evitar que se desarrolle un episodio de otitis media aguda durante el tratamiento.
- Reacciones adversas a medicamentos o resistencia antibiótica: sin diferencias estadísticamente significativas.

Tubos de timpanostomía: (7)

Un RCT de 250 niños entre 6 y 35 meses con antecedente de otitis media aguda a repetición evaluó el efecto de miringotomía con instalación de tubo de timpanostomía versus una espera vigilante. El RCT mostró:

- Episodios de otitis media aguda recurrente: Sin diferencias estadísticamente significativas (RR:0,97 (0,84 a 1,12) IC95%)
- Sintomatología de los pacientes: en el grupo tratado con tubos de timpanostomía se reportó menos días con síntomas de otitis media aguda pero más días con otorrea (considerando el total de días de seguimiento del estudio).

Conclusión

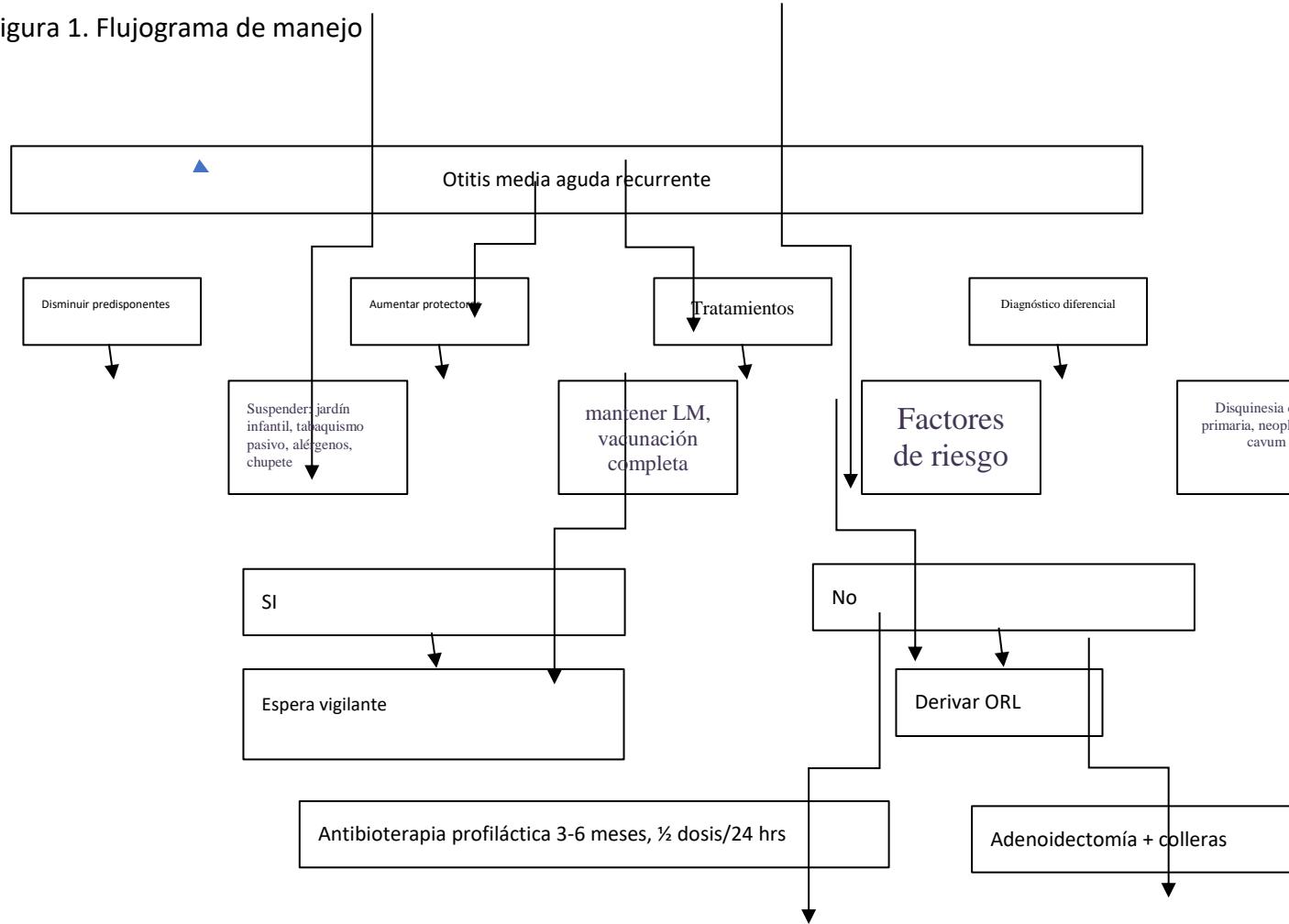
La otitis media aguda recurrente es una patología que requiere un diagnóstico bien justificado y eso implica estar seguros que lo que ha cursado ese paciente sean efectivamente episodios de otitis media aguda.

En caso de llegar a este diagnóstico se debe analizar adecuadamente las características del paciente al cual nos enfrentamos para ofrecer la mejor alternativa basado en la evidencia científica disponible en la actualidad.

Existen distintas opciones de intervención, que son más o menos invasivas. Los tubos de timpanostomía, al ser una intervención quirúrgica no exenta de riesgos, requiere de un adecuado análisis que considere su rol limitado en relación al número de episodios de otitis media aguda.

El siguiente flujograma (figura 1) resume el manejo hasta ahora expuesto:

Figura 1. Flujograma de manejo



Elaboración propia a través de fuentes citadas¹⁻⁷.

REFERENCIAS

1. J. de la Flor i Brú. Infecciones de vías respiratorias altas-2: otitis media aguda, etiología, clínica y diagnóstico. Pediatr Integral 2017; XXI (6): 399 – 417
2. Fonseca X., Cabello P., Chuang A. Otorrinolaringología para médicos generales. 1st ed. Santiago, Chile. Chapter 2.7, Otitis media aguda; p: 95-100.
3. Pelton S. Marchisio P. Acute otitis media in children: Prevention of recurrence. Disponible en: https://www-uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/acute-otitis-media-in-children-prevention-of-recurrence?search=Acute%20otitis%20media%20in%20children:%20Prevention%20of%20recurrence&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Marchisio P., Nazzari E., Baggi E., et al. Opciones Médicas Para la Prevención de la Otitis Media Aguda Recurrente: Una revisión Actualizada. XIII Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO
5. Azarpazhooh A, Lawrence HP, Shah PS. Xilitol para la prevención de la otitis media aguda en niños de hasta 12 años. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2016, número 8. Art. No .: CD007095. DOI: 10.1002 / 14651858.CD007095.pub3. Accedida el 05 de noviembre de 2021.
6. Pelton S. Marchisio P. Acute otitis media in children: Prevention of recurrence. Disponible en: https://www-uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/acute-otitis-media-in-children-prevention-of-recurrence?search=Acute%20otitis%20media%20in%20children:%20Prevention%20of%20recurrence&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Leach AJ, Morris PS. Antibiotics for the prevention of acute and chronic suppurative otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD004401. doi: 10.1002/14651858.CD004401.pub2. PMID: 17054203.
8. Hoberman A, Preciado D, Paradise JL, Chi DH, Haralam M, Block SL, Kearney DH, Bhatnagar S, Muñiz Pujalt GB, Shope TR, Martin JM, Felten DE, Kurs-Lasky M, Liu H, Yahner K, Jeong JH, Cohen NL, Czervionke B, Nagg JP, Dohar JE, Shaikh N. Tympanostomy Tubes or Medical Management for Recurrent Acute Otitis Media. N Engl J Med. 2021 May 13;384(19):1789-1799. doi: 10.1056/NEJMoa2027278. PMID: 33979487.