

Actualización en el Manejo Médico de la Otitis Media con Efusión y la Otitis Media Aguda

Andrés Finkelstein, Constanza Beltrán

Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

La otitis media con efusión y la otitis media aguda son dos patologías frecuentes en la población pediátrica. Existen diversas medidas costo-efectivas para su manejo que permiten optimizar los resultados. Si bien muchas de estas conductas se practican diariamente, la evidencia en torno a ello es escasa y muchas veces débil. Nuevas áreas de investigación sugieren que el screening es una medida efectiva, permitiendo identificar a sujetos de mayor riesgo. El uso de nuevas vacunas no está recomendado de manera rutinaria.

Palabras Claves: Otitis media aguda, tratamiento, complicaciones, niños
Neumol Pediatr 2006; 1(1): 6-10

INTRODUCCIÓN

La Otitis Media con Efusión (OME) y la Otitis Media Aguda (OMA) son dos patologías de gran incidencia en la población pediátrica, traduciéndose en un alto costo económico para los pacientes y el sistema de salud. Es por esto que resulta fundamental conocer la costo-efectividad de las distintas medidas terapéuticas involucradas en su manejo, permitiendo aumentar la resolutivez de los médicos no Otorrinolaringólogos y agilizar los procesos de derivación necesarios, lo cual generaría una mayor eficiencia en la distribución de los recursos técnicos y humanos involucrados.

OBJETIVOS

Este trabajo pretende dar una visión crítica actualizada acerca de las distintas opciones de manejo que se le presentan diariamente el médico no Otorrinolaringólogo para el enfrentamiento de estas dos patologías, mediante una revisión de los artículos de mayor relevancia publicados en la literatura.

OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN

Importancia del problema

La OME se caracteriza por la presencia de líquido seroso o mucoso en el oído medio sin signos de infección aguda. Se puede presentar tanto en forma asintomática como con

hipoacusia y sensación de oído tapado, siendo detectada la mayoría de las veces por medio del examen clínico dirigido en conjunto con una impedanciometría. Su prevalencia reportada en diferentes estudios es de aproximadamente 20% en pacientes de 2 años, permaneciendo como un diagnóstico común hasta los 7 años donde se presenta en un 3% a 8% de los pacientes¹. Su importancia radica en el hecho de que es la causa más frecuente de hipoacusia de conducción en los pacientes de este grupo etario, con los potenciales efectos perjudiciales en la adquisición de lenguaje que esto conlleva.

Screening

Dada la alta prevalencia y los potenciales efectos adversos de esta patología en la población pediátrica, numerosos autores han diseñado trabajos experimentales para evaluar la utilidad de implementar un programa de screening con impedanciometría. De este modo, Butler¹ publicó el año 2003 una revisión sistemática que incluyó 3 estudios que evaluaban los efectos de intervenciones en niños menores de 4 años sin otra co-morbilidad, a los cuales se les diagnosticaba una OME por medio de screening impedanciométrico. Luego del análisis, concluyó que aunque hubo un discreto beneficio en la resolución de las OME y en la audición a mediano plazo (6 meses), este efecto desaparecía al cabo de 1 año. Más importante aún, los trabajos fracasaron en demostrar beneficios clínicamente significativos en el desarrollo del lenguaje de los pacientes reclutados. Estos resultados son consistentes con el hecho de que la evolución natural de esta enfermedad es a la resolución espontánea, por lo que intervenciones a grandes poblaciones sanas diagnosticadas por screening serían poco efectivas.

Correspondencia: Constanza Beltrán. Profesor Auxiliar UDA de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail costibeltran@yahoo.com

Rosenfeld² publicó resultados de una revisión sistemática con el objetivo de describir la evolución natural de las OME. En esta revisión demostró que las OME generadas después de una OMA no tratada resolvían espontáneamente en un 59% al mes y en un 74% a los 3 meses de seguimiento, mientras que las OME de etiología desconocida resolvían en un 28% a los 3 meses y en un 42 % a los 6 meses.

Identificación de pacientes de alto riesgo

Dado que no parece útil iniciar tratamiento activo en todos los pacientes con OME, especialmente en los diagnosticados por técnicas de screening, es conveniente detenerse en aquellos casos que si van a necesitar de una conducta más agresiva. Para esto, hay que identificar a aquellos sujetos que presentan co-morbilidades que, en conjunto con una hipoacusia que puede ser prolongada, van a sufrir una repercusión clínicamente significativa en el desarrollo del lenguaje. La recomendación de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello³⁻⁴ es evaluar la audición, habla, lenguaje, y necesidad de intervención precoz en los pacientes que cuente con:

- 1.- Hipoacusia permanente de causa diferente a OME
- 2.- Trastornos del habla y del lenguaje
- 3.- Trastornos Profundos del Desarrollo
- 4.- Síndromes o alteraciones craneofaciales que incluyan déficit cognitivos, en el habla o lenguaje.
- 5.- Ceguera o disminución de la agudeza visual
- 6.- Fisura palatina
- 7.- Retraso en el Desarrollo psicomotor.

En consecuencia, cuando el médico no Otorrinolaringólogo enfrenta este grupo de pacientes debe tener un umbral de sospecha bajo, procediendo a la realización de los exámenes y las derivaciones en forma oportuna, para así tomar las acciones terapéuticas correctas que permitan el mejor desarrollo psicomotor del paciente.

Conducta expectante

Dado que la gran mayoría de los pacientes que se presentan a la consulta con una OME no pertenecen al grupo de alto riesgo, el pronóstico auditivo y de lenguaje es generalmente benigno. En este escenario, la actitud expectante es la más costo-efectiva para la mayoría de los pacientes, teniendo en cuenta que en un número importante van a tener una resolución espontánea de su patología.

Se propone un algoritmo de manejo de conducta expectante adaptado de las recomendaciones de la Academia Americana de Otorrinolaringología, Medicina de Cabeza y Cuello, con modificaciones que lo hacen más aplicable a la realidad nacional (Figura 1). Una vez diagnosticada la OME es fundamental identificar si el paciente pertenece al grupo de alto riesgo

para así derivarlo en forma oportuna. En caso de no pertenecer a este grupo, la recomendación de la Academia Americana de Otorrinolaringología, Medicina de Cabeza y Cuello es controlar por 3 meses para esperar la resolución espontánea antes de realizar una primera evaluación auditiva. Sobre este punto no hay consenso absoluto dado que hay numerosos clínicos nacionales e internacionales que sugerirían una evaluación precoz, por lo que la decisión debiera analizarse individualmente según el caso enfrentado. Si al cabo de este plazo la clínica y los exámenes muestran una resolución de la OME, el paciente puede ser dado de alta sin controles posteriores, a menos que el clínico estime lo contrario. La persistencia de la OME por un plazo superior a los 3 meses hace necesaria la evaluación auditiva que va a depender de la edad y de la capacidad de cooperar del niño. Si esta evaluación pone en evidencia una hipoacusia, lo recomendable sería realizar una evaluación formal del lenguaje. En este punto, dependiendo de la experiencia y del setting clínico en que se desenvuelve el médico tratante, se puede optar por derivar al paciente al especialista. Así mismo, hay ciertas condiciones que hacen necesaria la derivación, como alteraciones del lenguaje, hipoacusia mayor a 20DB en el mejor oído, mal apoyo social, sospecha de alteraciones estructurales (bolsillos de retracción timpánica, erosiones en la cadena oscilar, etc.) síntomas molestos o la decisión de los padres para tener una resolución quirúrgica precoz. En caso de que esto no ocurra, se puede mantener la conducta expectante por un plazo largo de tiempo que puede ser de hasta 1 año, con evaluaciones auditivas periódicas cada 3 meses, a menos que se presente alguna de las condiciones que requieran derivación señaladas anteriormente.

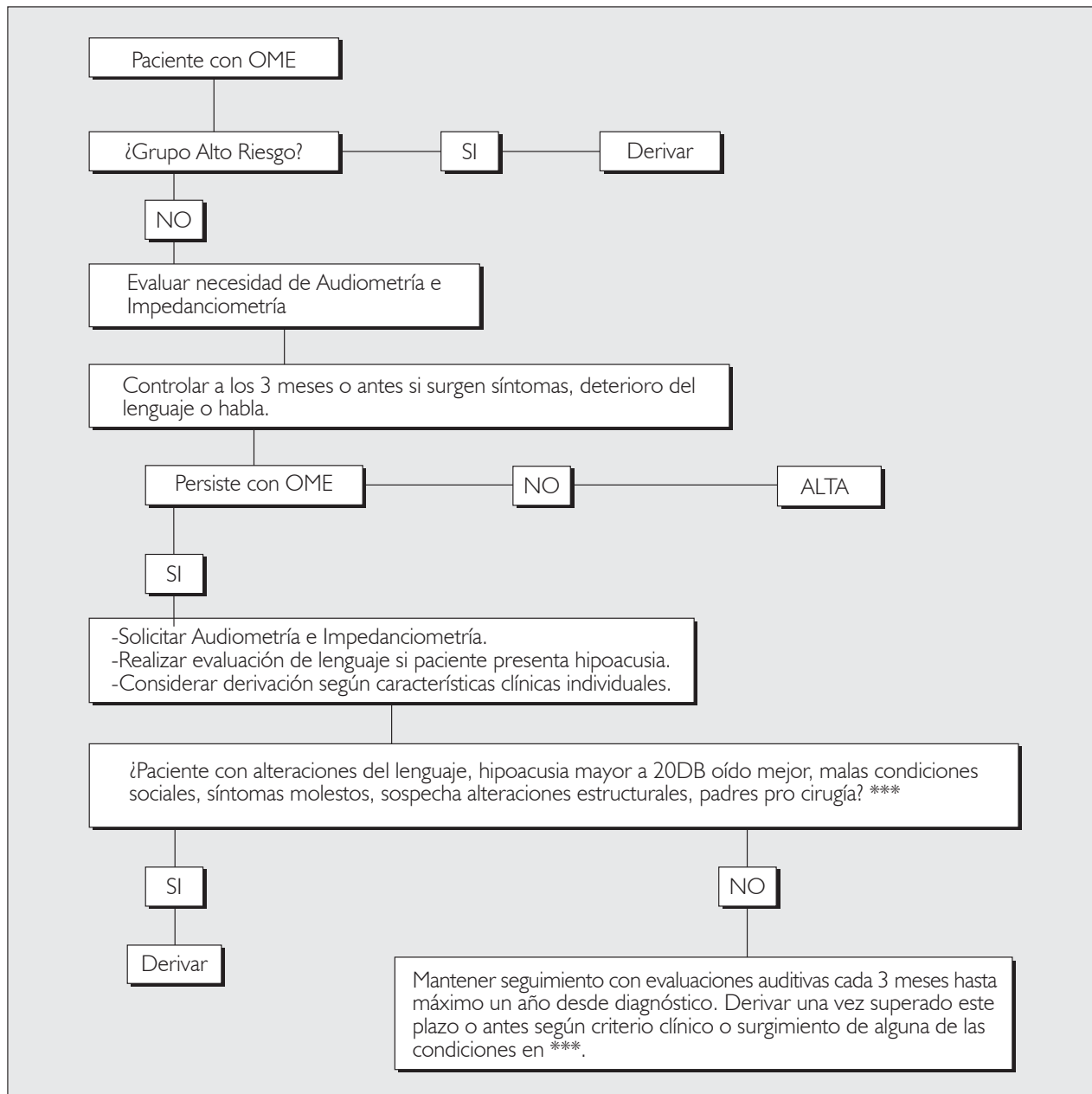
Utilidad de los medicamentos

La efectividad de ciertos medicamentos en el tratamiento de la OME ha sido ampliamente evaluada en la literatura. A pesar de esto, no existe consenso absoluto sobre la utilidad de algunos de ellos, dado que la ya señalada frecuente resolución espontánea hace que la mayoría de éstos no muestren ventajas significativas a largo plazo.

Los beneficios de los corticoides orales e inhalatorios fueron estudiados por Butler⁵, quien realizó una revisión sistemática que concluyó que el uso de corticoides inhalatorios u orales, solos o en combinación con antibióticos, tienen un efecto discreto en la resolución de las OME, siendo este efecto no significativo a largo plazo. Similares resultados fueron obtenidos en dos revisiones sistemáticas al evaluar la efectividad de los antibióticos, demostrando efectos significativos pero clínicamente irrelevantes, los cuales desaparecían con el seguimiento a largo plazo³⁻⁴. Debido a esto, no se recomienda el uso rutinario de corticoides ni antibióticos en pacientes con OME³⁻⁴.

En cuanto al uso de antihistamínicos y descongestionantes, ningún trabajo ha podido demostrar su utilidad en el manejo de las OME, por lo que su uso no es recomendado.

Figura 1. Algoritmo de Manejo Expextante en OME



OTITIS MEDIA AGUDA

Importancia del problema

En Estados Unidos, la OMA es la patología que con mayor frecuencia necesita tratamiento médico en pacientes menores de 5 años, traduciéndose en un costo de millones de dólares anuales. Clínicamente, se presenta como un proceso del oído medio, con síntomas y signos sugerentes de inflamación aguda, el cual es manejado la mayoría de las veces por médicos generales y pediatras. De este modo, resulta

fundamental conocer la efectividad de las diversas estrategias de manejo, pudiendo así optimizar la utilización de recursos con el consiguiente ahorro económico, mejora en las tasas de morbilidad y reducción de los efectos adversos terapéuticos.

Utilidad de la vacuna antineumocócica

Dada la alta frecuencia de la OMA en la población pediátrica, con el consiguiente riesgo de complicaciones y costo económico involucrado, se ha intentado validar la utilidad que tienen medidas preventivas como la vacuna antineumocócica aplicada a grandes poblaciones. La revisión sistemática más importante realizada para resolver esta

interrogante fue publicada el 2004⁶. Los resultados de este trabajo mostraron que la efectividad de la vacunación antineumocócica a gran escala es baja, requiriendo un gran número de pacientes para prevenir una OMA (independiente del tipo de vacuna que se utilizará). Es por esto, que a falta de evidencia nueva, no se recomienda la vacunación masiva de pacientes pediátricos para prevenir la OMA, siendo necesaria una evaluación individual que permita establecer la preponderancia de riesgos o beneficios involucrados.

Uso de descongestionantes y antihistamínicos

El uso de antihistamínicos y descongestionantes en el manejo de la OMA es una conducta bastante cuestionada en la literatura actual. La revisión sistemática más grande que se ha hecho sobre este tema fue publicada por Flynn⁷, quien reclutó 15 trabajos (2695 pacientes) que evaluaron la efectividad de la combinación de antihistamínicos y descongestionantes en el tratamiento de esta patología. Concluyó que los beneficios clínicos de estos medicamentos son mínimos, siendo que sólo los trabajos de mala calidad mostraban una real utilidad de dicha combinación. Por otra parte, los trabajos fueron categóricos en demostrar que la tasa de efectos adversos aumentó 5-8 veces con la utilización de estos fármacos, razón por la que no se sugiere el uso de antihistamínicos con descongestionantes para el tratamiento de las OMA.

Rol de los antibióticos

A pesar de los numerosos estudios que evalúan el uso del tratamiento antibiótico para el manejo de la OMA, no existe evidencia categórica en muchos de sus aspectos, como su utilidad, duración recomendada, momento de inicio y medicamento a utilizar.

Este debate radica en que históricamente se le ha atribuido al tratamiento antibiótico un rol importante en la disminución de las complicaciones supurativas de las OMA vista en las décadas de los cuarenta y cincuenta, lo cual fue apoyado por estudios que mostraban altas tasas de mastoiditis en los grupos placebo, resultados que no han podido ser replicados en ensayos clínicos posteriores. De este modo, se pueden encontrar enfoques muy diferentes sobre el rol de la terapia antibiótica, habiendo países como EEUU y Australia en que la utilización de antibióticos para OMA es de alrededor de un 98%, mientras que en Holanda se utilizan en sólo un 31% de los pacientes.

La OMA no complicada tiene, por lo general, un curso clínico benigno y autolimitado. Es por esto que numerosos estudios han sido diseñados para solucionar la interrogante acerca de si el uso de antibióticos orales alteraría en forma favorable este curso clínico en términos de alivio sintomático e incidencia de complicaciones. Para intentar responder a esta interrogante, Rosenfeld⁸ publicó una revisión sistemática que buscó comparar la utilidad de los antibióticos orales utilizando como outcome primario el alivio sintomático y la

incidencia de complicaciones supurativas. Para esto, incluyó 33 estudios clínicos controlados (5400 pacientes), cuyo análisis mostró una reducción de riesgo de presentar síntomas entre los 7 y 14 días de comenzado en tratamiento en un 13.7% (NNT: 7). Sin embargo, también mostró que el 81% de los pacientes se aliviaban en forma espontánea sin necesidad de antibióticos, y más importante aún, que no hubo complicaciones supurativas en ninguno de los dos grupos. Una revisión sistemática posterior que incluyó a 741 pacientes menores de 2 años⁹ falló en demostrar beneficio sintomático al recibir tratamiento con antibióticos orales en comparación con placebo. Sin embargo, la calidad de los estudios incluidos es cuestionable, por lo que su aplicabilidad clínica en este grupo de pacientes es discutible. Glaziou¹⁰ publicó el año 2004 la última revisión sistemática que ha intentado demostrar la real utilidad de los antibióticos en OMA no complicada, reclutando 8 estudios con un total de 2287 pacientes. Esta revisión mostró un beneficio estadístico de los antibióticos en cuanto al alivio sintomático entre los días 2 y 7 de iniciado el tratamiento (NNT: 15). Sin embargo, no evidenció utilidad en cuanto a las tasas de recurrencia de OMA, impedanciometrías anormales al mes y a los 3 meses de seguimiento, y la intensidad de la otalgia medida dentro de las primeras 24 horas de iniciado el tratamiento antibiótico, momento en el cual la precocidad de la instauración de la terapia hace que otros medicamentos (AINES, analgésicos) sean de mayor importancia en el alivio sintomático. Además de esto, hay que considerar los efectos adversos de la terapia antibiótica, los cuales en esta última revisión ocurrieron en 1 de cada 17 pacientes. De este modo, la evidencia muestra una discreta utilidad de los antibióticos en pacientes mayores de 2 años, desincentivando su uso rutinario. Sin embargo, faltaría evidencia de calidad para sostener esto en pacientes menores de 2 años, grupo en el que teóricamente se presentarían con mayor frecuencia las complicaciones supurativas, por lo que los antibióticos estarían recomendados dada la información existente.

La duración necesaria del tratamiento antibiótico es también un tema ampliamente debatido en la actualidad, siendo postulada por algunos autores la necesidad de acortarlos con la consiguiente disminución de efectos adversos, costos y surgimiento de resistencia bacteriana. Kozyrskyj¹¹ publicó una revisión sistemática que incluyó estudios que compararon tratamientos antibióticos cortos (5 días), versus tratamientos más prolongados (8-10 días), reclutando 30 estudios clínicos (8215 pacientes). Esta revisión mostró que el alivio sintomático entre los 8 y 19 días fue significativamente mayor en el grupo que recibió tratamientos prolongados, pero este beneficio desaparecía al reevaluar a los pacientes entre los 20 y 30 días. Resultados similares fueron obtenidos por dos ensayos clínicos posteriores¹²⁻¹³, no pudiendo demostrar diferencias significativas entre estas dos estrategias de tratamiento medidos a mediano plazo. Lamentablemente, la gran mayoría de los estudios reclutados fueron realizados con antibióticos que en nuestro medio son de segunda o tercera línea, por lo que a falta de trabajos de calidad que muestren resultados similares con Amoxicilina, la aplicabilidad del uso de cursos cortos de

antibióticos en nuestro medio es cuestionable.

Como se señaló anteriormente, la utilización de antibióticos para el tratamiento de las OMA varía en forma importante en los diferentes países, habiendo una actitud expectante en países como Holanda. Para caracterizar esto, Little¹⁴ diseñó un estudio clínico controlado en el cual randomizó a pacientes con OMA en dos grupos, recibiendo el primero terapia antibiótica estándar con Amoxicilina o Eritromicina, y el segundo sólo terapia sintomática, educando a los padres para acudir a la consulta en busca de una receta para tratamiento antibiótico en 72 horas en caso de persistencia del cuadro. Este trabajo mostró que el grupo que recibió antibióticos tuvo una reducción estadísticamente significativa en la duración de la otalgia, número de noches sin dormir, uso de paracetamol y número de días llorando, pero en magnitudes clínicamente irrelevantes. Así mismo, este mismo grupo tuvo una incidencia significativamente más alta de efectos adversos (NNH: 11), y más importante aún, un 76% de los pacientes del grupo placebo no requirieron el uso posterior de antibióticos. No se reportaron casos de mastoiditis en ninguno de los dos grupos. De este modo, este trabajo muestra que con una adecuada educación a los padres y una ágil accesibilidad al sistema de salud, la opción de no utilizar antibióticos en una primera consulta parece ser una estrategia útil y de bajo riesgo. Lamentablemente en nuestro medio estas condiciones no siempre se cumplen, por lo que esta decisión debe ser tomada por cada clínico en particular dependiendo del setting en el cual se desenvuelva.

La Amoxicilina ha sido históricamente el antibiótico de primera elección en la OMA. Sin embargo, numerosos reportes acerca de resistencia bacteriana a los betalactámicos han sido realizados en países desarrollados. Este tema fue abordado en la revisión sistemática publicada por Rosenfeld⁸, la cual reveló que no hubo beneficio en la utilización de antibióticos de amplio espectro en comparación con Amoxicilina o Ampicilina, tanto en resolución de síntomas, como en persistencia de efusión en oído medio a los 30 días de iniciado tratamiento. Esto, sumado al bajo costo de la Amoxicilina y a sus menores efectos adversos potenciales, sugiere que todavía debe ser el antibiótico de elección en OMA, teniendo además en cuenta que en nuestro medio la resistencia bacteriana es menor que la reportada en la literatura anglosajona.

CONCLUSIONES

La Otitis Media con Efusión es una patología frecuente en la población pediátrica, la cual tiene un curso benigno y autolimitado en la mayoría de los casos. Es por esto, que el clínico debe aprender a reconocer los casos que requieren de una oportuna derivación y a mantener la calma en la gran proporción de pacientes sanos que sólo van a necesitar observación y control. El uso de distintos medicamentos para esta patología no ha sido validado por ensayos clínicos de calidad, por lo que no debieran ser utilizados en forma rutinaria.

La Otitis Media Aguda también es una patología frecuente

en la población pediátrica, razón por la cual hay numerosos estudios en la literatura que evalúan los distintos medicamentos utilizados para su tratamiento. De este modo, la evidencia sugiere que el uso de antibióticos no debiera ser rutinario, permitiendo una actitud expectante en algunos casos dependiendo del nivel de comprensión de los padres y de su accesibilidad a los centros de salud. Sin embargo, queda claro que la Amoxicilina sigue siendo el antibiótico de primera elección en caso de que el médico tratante decida utilizarlos. El uso de otros medicamentos como los anti-histamínicos, descongestionantes y la vacuna antineumocócica, no sería recomendado para su administración rutinaria según la evidencia disponible, razón por la cual será el clínico quien evalúe los riesgos y beneficios de su utilización en el paciente individual.

REFERENCIAS

- 1.- [] Butler CC, van der Linden MK, MacMillan H, van der Wouden JC. "Screening [] children in the first four years of life to undergo early treatment for otitis media [] with effusion". The Cochrane Base of Systematic Reviews, 2003 Issue 2.
- 2.- [] Rosenfeld R, Kay D. "Natural History of Otitis Media". Laryngoscope [] 2003;113:1645-1657.
- 3.- [] Rosenfeld RM, Culpepper L, Yawn B, Mahoney MC; Clinical Practice Guidelines: [] Otitis media with effusion. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, May 2004. [] American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics.
- 4.- [] American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology [] Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics subcommittee on Otitis [] media with Effusion. "Otitis Media with Effusion". Pediatrics 2004;113(5):1412- [] 1429.
- 5.- [] Butler CC, van der Voort JH. "Oral or topical nasal steroids for hearing loss [] associated with otitis media with effusion in children". In: The Cochrane Library [] 2002, Issue 4.
- 6.- [] Straetemans M, Sanders EAM, Veenhoven RH, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, [] Zielhuis GA. "Pneumococcal vaccines for preventing otitis media". The Cochrane [] Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1.
- 7.- [] Flynn CA, Griffin GH, Schultz JK. "Decongestants and Antihistamines for Acute [] Otitis Media in Children". The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004. [] Issue 3.
- 8.- [] Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al. "Clinical efficacy of antimicrobial drugs [] for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomised [] trials." J Pediatr 1994;124:355-367
- 9.- [] Damoiseaux RA, van Balen FAM, Hoes AW, et al. Antibiotic treatment of acute [] otitis media in children under two years of age: evidence based? Br J Gen Pract [] 1998;48:1861-1864. Search date 1997; primary sources Medline, Embase, and [] hand searched references.
- 10.- [] Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. "Antibiotics for acute otitis media [] in children". In: The Cochrane Library 2004, Issue 1
- 11.- [] Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SEA, et al. "Short course antibiotics [] for acute otitis media". In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004.
- 12.- [] Cohen R, Levy C, Boucherat M, et al. A multicenter randomized, double blind [] trial of 5 versus 10 days of antibiotic therapy for acute otitis media in young [] children. J Pediatr 1998;133:634-639.
- 13.- [] Cohen R, Levy C, Boucherat M, et al. Five vs. ten days of antibiotic therapy for [] acute otitis media in young children. Pediatr Infect Dis J 2000;19:458-463.
- 14.- [] Little P, Gould C, Williamson I, et al. "Pragmatic randomised controlled trial of [] two prescribing strategies for childhood acute otitis media". BMJ 2001;322:336-342.