

Otitis Media con Efusión (OME)

Actualización y Perspectivas

Richard Rosenfeld

La Academia Americana de Pediatría, la Academia de Atención Familiar (Médicos de Familia) y la Academia Americana de Otorrinolaringología y de Cirugía de Cabeza y Cuello establecieron directrices de tratamiento para la otitis media con efusión (OME).

La **primera parte de las directrices** recomienda el uso del otoscopio neumático. Se trata del punto diagnóstico principal de la OME. La OME se caracteriza por efusión en el oído medio, sin signos ni síntomas de infección. Puede haber signos y síntomas que no sean de infección aguda, y ciertamente no es un proceso infeccioso como la Otitis Media Aguda (OMA).

En un estudio sobre la precisión diagnóstica, los pediatras solamente acertaron el diagnóstico de OME en 43% de los casos. O sea, en vez que los padres de un niño con OME le pregunten al pediatra si él tiene una OME, ellos podrían quedarse en casa, no pagar la consulta y aún tendrían más chance de acertar el diagnóstico que yendo al pediatra. Esto no es muy motivador. Por lo tanto, vale la pena caminar hacia la otoscopia neumática. La Agencia para la Investigación y Calidad de Salud (AHRQ) hizo un meta-análisis de todos los métodos diagnósticos y concluyó que la otoscopia neumática era el mejor método, con 94% de sensibilidad y 80% de especificidad. La timpanometría es igualmente buena, tiene la misma sensibilidad, más la especificidad es bastante menor. Entonces la otoscopia neumática es considerada el patrón oro.

La **segunda parte de las directrices** se refiere a que los antibióticos no son recomendados como tratamiento de rutina en la OME.

El Centro para Control de Enfermedades – Centers for Disease Control (CDC), en los Estados Unidos, no recomienda antibióticos en la OME porque el efecto es marginal y transitorio. En promedio, se estima que podrían ser economizados US\$ 6-8 millones, en costos asociados a los antibióticos solamente en los Estados Unidos, si hubiese un poco más de criterio. En el meta-análisis (Rosenfeld RM Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003), se observó un beneficio de 15%, cuando se usó antibióticos en estudios bien diseñados y controlados con placebo. Cuando hay una asociación con otras drogas como corticoides, el número aumenta hasta 25%. Si los números son tan contundentes, entonces ¿Por qué nosotros no usamos antibióticos? La razón se vuelve más clara en un estudio reciente publicado por el equipo de Pittsburgh, el cual muestra que, en dos semanas, con uso de antibióticos y esteroides, hay una gran diferencia, pero

en cuatro semanas no hay una diferencia estadísticamente significativa y después de cuatro meses de seguimiento, cerca de 70% de los casos de OME recidivan. Entonces, los antibióticos aisladamente, y los antibióticos más esteroides y cualquier otro tipo de tratamiento médico o clínico en la OME es una solución a corto plazo. No altera la función de la tuba auditiva o Trompa de Estaquio (TE), no altera el estado inmunológico del niño, no intensifica su desarrollo y son pocos los beneficios para la mayoría de los niños.

Cuando utilizamos un antibiótico, se observa un impacto comunitario y socio-ambiental. Es fascinante observar que los estudios bacteriológicos pueden demostrar que los cambios inducidos en la nasofaringe con el uso de antibióticos pueden causar cambios en la sociedad, como consecuencia del uso excesivo y poco juicioso de los antibióticos. En verdad, siguiendo de esta manera, mataremos las drogas que más nos ayudan, tratando enfermedades que no precisan de ellos, como la OME.

La **tercera parte de las directrices** hablan sobre el desarrollo de los niños. En la primera guía de tratamiento para la OME, los niños con disturbios de lenguaje y problemas de desarrollo fueron excluidos. Este fue un gran problema porque esos niños tienen OME con mucha frecuencia y estos niños necesitan de tratamiento agresivo. ¿Y quiénes son esos niños? La mejor manera de definir un grupo de riesgo entre los niños con OME sería el niño que tiene dificultad debido a factores sensoriales físicos o cognitivos (pérdida auditiva neurosensorial no asociada a OME, problemas de lenguaje o de la palabra, síndromes, compromiso visual grave o compromiso de cualquier otro sistema sensorial), que no toleran la efusión del oído medio, como un niño saludable lo haría. Son los niños que de hecho precisan de tratamiento más agresivo, incluyendo audiometría, evaluación precoz, introducción inmediata de tubos de ventilación, en caso de no presentar mejora, etc. Son los que precisan de tratamiento activo de inmediato. Por otro lado, los niños que no son de riesgo, los niños saludables, cuyo único problema otológico es tener un poco de efusión en el oído medio, necesitarían solamente de observación médica. Observamos inicialmente por tres meses, y después continuamos observando hasta que la efusión desaparezca o que suceda una de las siguientes situaciones:

- a) desaparición de la efusión, lo que normalmente se da espontáneamente, independientemente de su intervención;
- b) que el niño desarrolle síntomas;
- c) que se observe alteraciones estructurales del tímpano, como atelectasia;
- d) algún otro problema que justifique la colocación de un tubo de ventilación (TV).

En el meta-análisis sobre la historia natural de la OME (Rosenfeld RM Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003), los resultados dependieron de la definición de herramienta para el análisis de la mejoría. Cuando eran una conclusión clínica más amplia, como por ejemplo mejoría con base en el timpanograma - ausencia de curva tipo B- dentro de 1-3 meses, la mayor parte de los casos con efusión presentaban mejoría. Más era una mejoría muy breve, pues la mayor parte de esos niños presentaban recidiva de la efusión. La mejoría

más convincente sería la resolución y cura, con timpanogramas tipo A o C. En ese caso, apenas 20% mejoran después de tres meses y en seis o nueve meses, hubo una mejoría un poco mejor. Por lo tanto, la historia natural no es muy buena y no sería adecuado observar en niños que son poblaciones de riesgo con compromiso de la palabra o de la audición.

En Holanda, todos los niños son tamizados a los nueve meses y si ellos presentan efusión por más de 3 meses, se colocan TV. Este procedimiento no trae ningún beneficio (Rovers MM, Pediatrics 2000, 106:E42. Pero algunos niños pueden sufrir con esas efusiones, y los síntomas atribuibles a la efusión presente en el oído medio son: perturbación del sonido, dificultades escolares en niños mayores, y problemas comportamentales. Así, si estos síntomas surgieran, no espere, coloque el TV y termine con el problema de la efusión.

En la **cuarta parte de las directrices**, se habla sobre la cirugía inicial para el tratamiento de la OME: use la estrategia más simple y solo coloque el TV. La adenoidectomía, como primer procedimiento, no es recomendable, a menos que halla otra indicación para el procedimiento (Rosenfeld RM Evidence Based Otitis Media 2nd Edition, BC Decker, 2003. Coyte et al., NEJM 2001, 344, 1188-95. Paradise, JAMA 1990. Gates, NEJM, 1987). Las estadísticas de meta-análisis mostraron que es posible reducir la necesidad de un segundo o tercero par de TV cuando se hace la adenoidectomía. La adenoidectomía cambia toda la flora de la región nasofaríngea y trae un efecto prolongado que es bastante benéfico. Entretanto las adenoides no tiene grandes efectos de reducción de la otitis media aguda y en la prevalencia de la efusión en niños que nunca tuvieron TV colocados. Entonces la adenoidectomía es opcional en el segundo tiempo quirúrgico y es lo que se hace, garantiza que haya 50% menos de chance de recibir el mismo paciente para la colocación de un tercer par de TV.

En mi opinión, la otitis media es básicamente una enfermedad del desarrollo que los niños adquieren porque tienen una tuba auditiva disfuncionante. Todos los fármacos y las cirugías conocidas por la humanidad no van a ayudar a la función de la tuba auditiva o al sistema inmunológico. Entonces, nos resta mantener a los padres, y a nosotros mismos, relativamente sanos mentalmente y proteger al niño cuando su desarrollo natural venza a la patología.

Lecturas recomendadas

1. Rosenfeld RM. A practical classification of otitis media subgroups. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2005 Aug;69(8):1027-9.
2. Rosenfeld RM, Lous J, Bluestone CD, Marchisio P, Casselbrant ML, Paradise JL, Chonmaitree T, Prellner K, Grote JJ, Schilder AG, Haggard MP, Stangerup SE. Recent advances in otitis media. 8. Treatment. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 2005 Jan;194:114-39.
3. Rosenfeld RM. Antibiotic use for otitis media: oral, topical, or none? Pediatr Ann. 2004 Dec;33(12):833-42.
4. Rosenfeld RM. Otitis, antibiotics, and the greater good. Pediatrics. 2004 Nov;114(5):1333-5.

5. Rosenfeld RM, Culpepper L, Yawn B, Mahoney MC; AAP, AAFP, AAO-HNS Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis media with effusion clinical practice guideline. *Am Fam Physician*. 2004 Jun 15;69(12):2776, 2778-9.
6. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR Jr, Yawn B; American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 May;130(5 Suppl): S95-118.
7. Roberts J, Hunter L, Gravel J, Rosenfeld R, Berman S, Haggard M, Hall J, Lannon C, Moore D, Vernon-Feagans L, Wallace I. Otitis media, hearing loss, and language learning: controversies and current research.; *J Dev Behav Pediatr*. 2004 Apr;25(2):110-22.
8. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics*. 2004 Mar;113(3 Pt 1): e238-48.
9. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet*. 2004 Feb 7;363(9407):465-73. Review. Erratum in: *Lancet*. 2004 Mar 27;363(9414):1080.
10. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope*. 2003 Oct;113(10):1645-57.
11. Rosenfeld RM. Diagnostic certainty for acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002 Jun 17;64(2):89-95.