

Otitis Media Crónica No Colesteatomatosa

*Nelson Caldas, Alberto Chinski, Arthur Octávio Kós,
Hélio Lessa, Sebastião Diógenes Pinheiro,
Sílvio Caldas Neto y Vinícius Cotta Barbosa*

Introducción

La otitis media crónica no colesteatomatosa (OMCNC) es conceptuada de manera amplia, como el proceso inflamatorio crónico de la mucosa de revestimiento del oído medio (OM) y de las celdillas mastoideas, por más de cuatro semanas. Este tiempo de duración caracteriza su cronicidad, junto con sus alteraciones histopatológicas, diferenciándose de las formas agudas (otitis media aguda - OMA) y subaguda. Se diferencia también de las colesteatomatosas (OMCC) por la ausencia de tejido escamoso epidérmico en el OM.

La etiopatogenia y la fisiopatología son discutidas de manera controversial, admitiéndose inclusive, que las formas clínicas de las dolencias inflamatorias del OM no serían enfermedades diferentes, con individualidad propia, sino eslabones de una cadena secuencial de eventos, con un mismo origen inicial, como reza la llamada teoría del *continuum* ⁴.

Son enfermedades de gran prevalencia, en niños entre los dos y cinco años, disminuyendo su frecuencia hasta los 15 años. En este período son responsables, junto con las formas agudas y subagudas, por el 12% de los 165,3 millones de consultas ambulatorias en los USA entre 1993-1995. A pesar de ser una enfermedad otorrinolaringológica, la mayoría de los casos son vistos por los pediatras, debido a su asociación frecuente con infecciones respiratorias.

Clasificación

Su clasificación más clásica y simple es hecha con base en la integridad de la membrana timpánica (MT), en *no perforada* y *perforada*. La no perforada, en la mayoría de las veces es representada por la otitis media crónica secretora (OMCS), llamada también serosa, mucosa, secretora o más recientemente con efusión. Se caracteriza por la presencia de fluido en el OM, con viscosidad variable. La perforada (OMCP) se caracteriza por la perforación permanente de la MT, con mayor o menor diámetro, permitiendo en la mayoría de las veces la visualización del OM por medio de la otoscopia.

Fisiopatología y diagnóstico

No perforada

Tiene como base el mal funcionamiento de la Trompa de Eustaquio o tuba auditiva, perjudicando la ventilación del OM, durante el acto de la deglución. El aire del OM va siendo absorbido por la mucosa, causando una presión negativa en el

oído medio^{1,3,4}. La MT se retrae, y la mucosa, succionada por la presión negativa, vierte suero de los vasos, al mismo tiempo que las células y glándulas secretoras, pasan a secretar mayor cantidad de moco, componiendo junto con el trasudado, la efusión que ocupa el oído medio. Algunos, con base en la consistencia de la efusión, subclasifican las OMCS en serosas y mucosas. Se admite que la presión negativa favorece también la obstrucción tubaria. Las alteraciones histológicas de la mucosa del oído medio y la mastoides son apenas edematosas⁵. El fluido así colectado en el OM perjudica la audición, siendo también un excelente medio de cultivo para microorganismos de la nasofaringe. Solo el 50% de los cultivos de las OMCS son positivos para los mismos microorganismos de la OMA, como el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y la *Moraxela catarrhalis*, sin mostrar consecuencias clínicas de infección. El diagnóstico clínico de la OMCS es hecho con base en la sospecha clínica de deficiencia auditiva en niños que piden que frecuentemente le repitan frases no comprendidas o se comportan de manera desatenta en la escuela, con caída del rendimiento cognitivo. En casa, la solicitud de aumento de volumen de la televisión es bastante típica. El diagnóstico es confirmado por la pneumatoscopía, cuando se evalúa la movilidad de la MT y la presencia de fluido en la forma de nivel líquido o burbujas de aire en medio de la secreción, percibidas por la translucidez de la MT. Los exámenes auxiliares son la audiometría tonal y o vocal, que, dependiendo de la edad del niño, pueden darnos una buena idea de la deficiencia auditiva y, inclusive, orientar el tratamiento y el control posterior. La impedanciometría es de gran sensibilidad diagnóstica para detectar fluido en el OM debiendo coincidir con los hallazgos de la pneumatoscopia. Los exámenes de imagen no pertenecen a la rutina diagnóstica de esas otitis.

Las complicaciones y secuelas de la OMCS pueden ocurrir y, en estos casos, la deficiencia auditiva es más acentuada, prolongada y, a veces, bilateral. Disturbios cognitivos y lingüísticos pueden ser notados entonces. Por otro lado, retracciones timpánicas acentuadas y prolongadas puede ocupar los espacios aéreos del OM, erosionando la cadena osicular. Sacos de retracción pueden ser creados, llevando a la formación de colesteatomas.

Tratamiento

No perforadas

Las controversias en la fisiopatología de estas dolencias del OM, como ya nos referimos anteriormente, frecuentemente se reflejan en su tratamiento, cuyo éxito o eventual fracaso, carecen de mejores explicaciones. Por otro lado, es sabido que cerca del 20% de los niños en edades escolares tienen, de manera asintomática, algún tipo de fluido en el OM. El tratamiento de la OMCS varía de expectante, hasta la miringotomía y la colocación de tubos de ventilación. Eventualmente la mastoidectomía simple está indicada. Todas esas propuestas varían también con las condiciones socioeconómicas y ambientales del niño, el grado de deficiencia auditiva y la uni o bilateralidad de la enfermedad. La adenoidectomía y amigdalectomía también han sido aconsejadas, cuando representan peligro para la ventilación de la tuba auditiva, sea por hipertrofia o por infección de estas masas linfoides.

El tratamiento clínico preconizado recientemente, con el uso de descongestionantes, anti inflamatorios y fluidificantes, cayó después de que los meta-análisis los identificaron como placebos. Con base en la presencia de microorganismos en las efusiones del OM en 50% de los casos, los antibióticos fueron usados de manera aislada, de manera profiláctica o terapéutica. Una vez más, las investigaciones los relegaron, después de mostrar que su eficiencia de apenas 14% sobre el placebo era muy pequeña, en relación a la resistencia bacteriana que podrían inducir, especialmente en los tratamientos profilácticos con subdosis. Otra vez, los meta-análisis apuntaron hacia los posibles beneficios del uso de antibióticos asociados a prednisona o prednisolona, manteniendo la secuencia prioritaria con la amoxicilina aislada, o seguida por su asociación con el clavulanato y las cefalosporinas, en los casos de resistencia al tratamiento.

La persistencia de secreción en la OM por más de seis meses, especialmente cuando es bilateral, y la pérdida auditiva mayor de 20dB, son indicaciones de miringotomía y colocación de tubos de ventilación, drenando y anulando la presión negativa tubotimpánica e interrumpiendo su ciclo vicioso ^{3,4}. Ocasionalmente, la mastoidectomía simple está indicada simultáneamente, en busca de un mayor volumen aéreo amortiguador de presión o cuando la radiología identifica la presencia de un granuloma de colesterol, uno de los productos de la presión negativa. La creación de sacos de retracción formadores de colesteatomas y atelectasias avanzadas puede también merecer timpanomastoidectomías.

Perforadas

De la misma manera que las anteriores, tienen una fisiopatología controversial. Su base fisiopatológica es una perforación timpánica permanente, en general, supuestamente debida a la secuela de una OMA que perforó la MT en un área, por proceso de necrosis. Teniendo así una OM abierta, exponiendo su contenido al medio ambiente con sus impurezas, con consecuentes supuraciones, ausentes en la OMCS, de MT íntegra. Por otro lado, cuando la MT estaba cerrada, mantenía una columna de aire entre la nasofaringe y el OM a través de la tuba auditiva, protegiendo el pasaje del material contaminado. Perforada la MT, esta columna de aire pierde la presión, dejando pasar fácilmente secreciones de la nasofaringe para el OM, especialmente durante la deglución, el estornudo o al sacudirse la nariz. Con esas dos vías de contaminación, la mucosa del OM se infecta con frecuencia variable, especialmente durante las infecciones respiratorias y baños de inmersión además de la propia polución del medio ambiente. Esos impactos infecciosos repetidos hacen que la mucosa del OM se torne más exuberante que el simple edema de la OMCS. Pasa a exhibir degeneración fibrosa, granulomas, pólipos, llegando a veces a provocar osteítis de la cadena osicular y de otras regiones del OM y la mastoides ^{2,5}. La OMCP puede ser subclasificada, con base a su fisiopatología, en dos tipos de formas clínicas: la benigna, menos agresiva y llamada también simple, y la *maligna*, también llamada *peligrosa*, una forma más agresiva, más que nada tiene que ver con la malignidad histológica. El tejido patológico de la mucosa del OM también es excelente medio de cultivo y en él se desarrollan con mayor frecuencia los Gram-negativos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* y *Escherichia coli*, además de Gram-positivos, *Staphylococcus aureus*, seguidos

por *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus pneumoniae*. El diagnóstico de la OMCP es esencialmente clínico, hecho por la historia de otorrea y comprobado por la otoscopia. En las formas benignas, la otorrea en general es mucoide o muco purulenta, tiene gran intermitencia, siendo inolora. Reacciona bien al tratamiento con gotas antibióticas. En las formas peligrosas, más agresivas, la otorrea es francamente purulenta, continua o con intermitencia corta, fétida y rebelde al tratamiento con gotas antibióticas. Ambas formas pueden exacerbarse con baños de inmersión, infecciones respiratorias, o sin causa aparente. La otoscopia confirma el diagnóstico con visualización de secreción infectada en el conducto auditivo externo y perforación de la MT. Frecuentemente la aspiración es necesaria para un buen examen. La pneumatoscopia no es necesaria en la mayoría de las veces, entretanto, eventualmente puede ayudar en la identificación de microperforaciones. El diagnóstico diferencial es hecho con la OMA de repetición, que pueden igualmente presentar supuraciones repetidas, más en ese caso son precedidas de dolor y fiebre, lo que no sucede en la OMCP. La presencia de escamas epiteliales en el OM sugiere la presencia de colesteatoma, enfermedad de mayor gravedad. Los exámenes complementarios, como la audiometría, dependiendo de la edad, puede dar una idea de la deficiencia auditiva del niño y su comunicación con el ambiente que lo rodea, además de auxiliar en el reconocimiento de la extensión de los daños ocasionados por la patología. La impedanciometría es de poca utilidad en oídos perforados. La tomografía computarizada (TC) del hueso temporal tiene mucho valor, pudiendo demostrar lesiones óseas en áreas críticas. Como el canal de Falopio y la cápsula ótica, así como el grado de compromiso de la pneumatización de la mastoides.

El tratamiento de la OMCP es fundamentalmente quirúrgico, con la finalidad básica de eliminar toda la patología, preservando o reconstruyendo la audición. Entretanto, en ciertas circunstancias, el tratamiento clínico es lo indicado en el pre-operatorio. El tratamiento clínico es hecho, casi siempre, con gotas auriculares (tópicas) con antibiótico, después de la aspiración completa de la secreción del conducto auditivo y el OM. Las más usadas son la asociación de neomicina, polimixina B y corticoide. Otras, como el cloranfenicol, son muy eficientes, pero a veces causan reacciones cutáneas, inflamatorias y dolorosas. Las de ciprofloxacina y ofloxacina parecen superar la eficiencia de las asociaciones de neomicina, polimixina B y corticoide. Los tratamientos con antibioterapia sistémica parecen tener resultados semejantes a placebo, con excepción de los casos con microperforación, donde las gotas antibióticas no llegan al OM, en dosis terapéutica ⁴. Los baños de inmersión son absolutamente proscritos. A pesar del tratamiento quirúrgico es indicado en prácticamente todos los casos, procuramos siempre quitarlos antes de los siete años de edad, pues es cuando se estima que a esa edad el sistema inmunológico es competente, igual que el sistema neuromuscular de la tuba auditiva para la ventilación del oído medio. Eventualmente, una perforación timpánica puede ser, más una solución que un problema, por el mal funcionamiento de la tuba auditiva, entonces el cerrar quirúrgicamente la perforación sería inoportuna. El observar, con exámenes periódicos, sería más prudente. Las cirugías en los niños son siempre hechas bajo anestesia general y llevan el nombre de timpanoplastia.

Después de la remoción de la patología, la MT, después de la escarificación de su epitelio, recibirá un injerto libre de fascia temporal o pericondrio de la oreja, que sellará la perforación. Erosiones de la cadena osicular podrían ser reparadas con injertos óseos del propio oído medio, convenientemente moldeados por el cirujano, o por medio de prótesis biocompatibles aloplásticas. A veces, la cirugía también se debe extender a la mastoides, para la eliminación completa de la patología. En un número menor de casos, un segundo tiempo quirúrgico será necesario para poder cumplir todos los objetivos de la cirugía. Las complicaciones y secuelas son más comunes en la OMCP que en la OMCS, cuando llegan, a veces, podrían ser letales. La infección puede extenderse dentro del hueso temporal, para áreas críticas, causando otomastoiditis aguda, petrositis, laberintitis bacteriana y parálisis facial. Extendiéndose fuera del hueso temporal, podemos tener complicaciones intracraneanas como meningitis, abscesos epi y subdural, cerebral y cerebelar, tromboflebitis del seno sigmoide e hidrocefalia ótica. Como vemos, son complicaciones graves, que podrían ser evitadas con el diagnóstico y medidas terapéuticas eficientes y precoces. En muchas de ellas, la asistencia médica multidisciplinar es indispensable.

Referencias bibliográficas

1. Bluestone CD, Klein JO. Otitis media in infants and children. Pittsburgh, WB Saunders. 1988, p. 269.
2. Caldas Neto S, Ganança FF, Caldas N. Reconstrução ossicular em timpanosclerose. Rev Bras Otorinolaring 1991; 57: 128-34.
3. Caldas, N. Otite média crônica não colesteatomatosa. In: Caldas N, Caldas Neto S, Sih T. Otologia e Audiologia em Pediatria. Rio de Janeiro: Revinter, 1999; p.94.
4. Da Costa SS, Cruz OL, Ruschel C. Otite média crônica não colesteatomatosa. In: Cruz OLM, da Costa SS. Otologia Clínica e Cirúrgica. Rio de Janeiro: Revinter. 2000; p.181.
5. Schuknecht HF. Crônica active otitis media and mastoidites. In: Scuknecht HF. Pathology of the Ear. 2ª ed. Philadelphia: Leas & Fegiber, 1993.