

Dos Preguntas Críticas Que Deben ser Respondidas Antes de Iniciar el Tratamiento Antibiótico en la Otitis Media Aguda

Andrés Sibbald

El médico que atiende niños se encuentra frecuentemente en un aprieto cuando se presenta un paciente con otitis media. Sea pediatra, generalista u ORL, debe considerar cuidadosamente dos preguntas que no siempre tienen una respuesta segura o inmediata.

La primera pregunta es: ¿es realmente aguda (OMA) esta otitis media?

Las dificultades que se presentan para una buena visualización de la membrana timpánica (MT) en la primera y segunda infancia pueden ser formidables. El paciente llora, se mueve, tiene el CAE angosto y parcial o totalmente ocluido por cerumen (que el pediatra debe saber limpiar) y puede ser difícil completar una otoscopia satisfactoria. Si el clínico concluye que su paciente tiene otitis media es porque ha podido verificar, idealmente con una otoscopia neumática, que hay efusión en el oído medio. Sabemos que la forma más común de otitis media es, por mucho, la etapa catarral que llamamos otitis media con efusión (OME). Esta ome (minúscula cuando es leve) es frecuente y tiende a resolver espontáneamente, aunque puede reaparecer con los múltiples resfríos que padecen los niños. En algunos casos esta efusión serosa se transforma en una forma más persistente y severa que llamamos otitis mucoides o gomosa (glue ear; OME mayúscula). Esta puede desconcertar al observador poco avezado porque adquiere un color ambarino y una viscosidad que es confundida con una colección purulenta.

El diagnóstico de OMA, como bien afirma Rosenfeld¹, es un proceso secuencial que depende de un afloramiento de fenómenos clínicos. La OMA se revela cuando sobre una efusión del oído medio, habitualmente desconocida hasta ese momento, irrumpen en forma rápida uno o más signos o síntomas de inflamación severa. La otalgia es el *síntoma* más específico y se expresa con diversos gestos de dolor e irritabilidad. Este dolor es provocado por el tímpano distendido por el pus que desplaza la membrana hacia afuera provocando un abombamiento progresivo. Da lugar, por este motivo a los *signos* otoscópicos, que son los elementos diagnósticos más precisos de la OMA. Las variaciones del color del contenido timpánico, que se visualiza a través de la membrana y aún sobre la misma, nos permite reconocer cambios que se asocian frecuentemente con la OMA. El color amarillo lechoso de la MT identifica una efusión purulenta y el enrojecimiento destaca la inflamación aguda. El tímpano abombado diferencia la OMA de la OME, y la otorrea súbita, aunque infrecuente, es el signo más fidedigno de la culminación del proceso de

afloramiento de la OMA. Esta combinación de malestar repentino, efusión de oído medio y signos ciertos de inflamación timpánica constituyen la tríada diagnóstica más aceptada de esta enfermedad.

Con este abordaje semiológico riguroso intentamos reducir el excesivo diagnóstico de OMA que comúnmente provocan la miringitis viral, la hiperemia del llanto y, sobre todo, las diferentes etapas de la OME. Si bien la seguridad diagnóstica depende de la aptitud del observador, debemos reconocer que aún el más idóneo no puede eliminar totalmente (alguna) incertidumbre. Muchos expertos como Wald³, Dagan y Mc Cracken⁴, claman con toda razón por un mayor rigor en la observación clínica, insistiendo en mejorar la precisión diagnóstica como elemento clave del proceso. Las universidades y los programas docentes de las residencias generalmente no abundan en la enseñanza del arte del examen otoscópico.

La segunda pregunta es: para este niño que hoy presenta OMA ¿debo indicar antibióticos en forma inmediata?

Varios autores, basándose en cuidadosos meta-análisis de ensayos controlados por placebo, concluyen que la curación espontánea de la OMA es tan frecuente que ya no hay fundamento para indicar antibióticos en todos los pacientes. Rovers² concluyó que 20 niños requerirán tratamiento para evitar una forma prolongada de enfermedad en un solo paciente. Si se centraliza el tratamiento en los menores de 2 años con enfermedad más severa (OMA bilateral con o sin otorrea) los beneficios del tratamiento antibiótico aumentan enormemente.

Las preocupaciones crecientes acerca de los efectos potencialmente adversos de los antimicrobianos, sobre todo de la aceleración de la multi-resistencia, exigen una utilización criteriosa en el tratamiento de las OMA. Quizás el ingrediente más importante de este proceso, como destaca Rosenfeld, sea una honesta autocrítica acerca de nuestra destreza diagnóstica, en particular respecto del discernimiento entre la presencia o no de efusión del oído medio. Ya que algún grado de incertidumbre diagnóstica es inevitable, los pediatras y ORL debemos admitir la duda e incorporarla en el punto de partida del proceso de toma de decisiones. Esta filosofía es la que fue consensuada como norma para el New York Region Otitis Project y fue adoptada, con modificaciones, por la AAP en Clinical Practice Guideline sobre manejo de la OMA.

La decisión de indicar o no un tratamiento antibiótico *inmediato* se basa en la edad del niño, en la severidad de la enfermedad y en la certidumbre diagnóstica. Para optar por una conducta inicial de observación sin tratamiento antimicrobiano debe asegurarse un sistema que permita una comunicación fácil de la familia con el médico y una re-evaluación clínica si fuera necesaria (dentro de las 48-72hs). No es un esquema generalizable para consultas de guardia, pero sí para padres que ya tienen un vínculo establecido con su pediatra.

En todos los casos de OMA se indica un tratamiento analgésico si el niño demuestra dolor. El manejo de la otalgia es una prioridad indiscutida en el cuidado de estos pacientes. Es común que el síntoma más específico, la otalgia, desaparezca a las 24-48hs y que los signos otoscópicos revelen una curación clínica rápida. Si fracasara esta conducta terapéutica inicial, se iniciará el tratamiento antibióti-

co con la receta y las indicaciones que ya están en poder de los padres desde el momento de la consulta.

Esta estrategia promueve una nueva comprensión de una enfermedad común. Los pediatras de nuestros abuelos tenían escasos recursos diagnósticos y terapéuticos para la OMA. Hoy disponemos de un armamento magnífico para reconocer y tratar esta infección, pero elegimos limitar racionalmente nuestra intervención porque conocemos mucho más la historia natural favorable y porque vemos las consecuencias indeseables del uso imprudente de los antibióticos.

Referencias bibliográficas

1. Rosenfeld RM, Diagnostic certainty for acute otitis media, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 64 (2002) 89-95
2. Rovers MM, et al, Antibiotics for acute otitis media : a meta-analysis with individual patient data, *Lancet* 368(9545) : 1429-35 Review
3. Wald ER, Acute otitis media: more trouble with the evidence. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 22 (2003); 103-104
4. Dagan R, McCracken GH. Flaws in design and conduct of clinical trials in acute otitis media, *Pediatr. Infect. Dis. J.* 21 (2002)(10) 894-902