

El “Peso” de la Otitis Media

Maroeska M. Rovers

Introducción

La otitis media (OM) es una de las infecciones más comunes de la infancia, la principal causa de consulta médica, y la más frecuente indicación de antibióticos en niños ¹.

La OM se refiere a esta como una inflamación del oído medio y se divide en dos entidades, i.e. otitis media aguda (OMA) y otitis media con efusión (OME). La OMA es definida como la presencia de efusión en el oído medio junto con la rápida instauración de uno o más signos o síntomas de inflamación del oído medio como otalgia, otorrea, fiebre o irritabilidad ². La OME se define como la presencia de fluido en el oído medio sin síntomas o signos de infección del oído ².

Epidemiología

Al menos el 80% de los niños experimentarán uno o más episodios de OM antes de los 3 años de edad ³. El pico de incidencia de la OMA coincide con la segunda mitad del primer año de vida. La OMA y la OME claramente se traslapan. Los niños con OME sufren hasta 5 veces más episodios de OMA que los que no tienen OME, y en 50% de los casos la efusión del oído medio ocurre directamente a continuación de un episodio de infección aguda ⁴.

El curso natural de la OMA y de la OME muestra una alta incidencia de recuperación espontánea. Se ha estimado que sin tratamiento, alrededor del 80% de las OMA experimentan una disminución del dolor y de la fiebre en 2-3 días, mientras que la completa resolución de la OMA se ha observado en el 73% de los niños en 1 a 2 semanas ⁵.

Los niños con OME muestran un constante porcentaje de recuperación de alrededor del 50% cada mes ⁵. La OM se caracteriza por una alta incidencia de recurrencias; una recurrencia de 3 (tres) o más episodios de OMA han sido documentados en 50 y 65% de los niños de 3 y 5 años de edad, respectivamente. En niños con OME la recurrencia es del 50% en los primeros 24 meses de edad ³.

Factores de Riesgo

La OM es una enfermedad multifactorial, resultado de una interacción entre microorganismos (virales y bacterianos) y la respuesta inmune. Todos los factores causales relacionados conocidos se pueden agrupar en dos grupos: factores del hospedero como edad, predisposición genética, y atopia en relación al detrimento del sistema inmune; y los factores ambientales como hermanos, guarderías, y estación del año en relación a la carga microbiana. La trompa de Eustaquio juega un papel central al ser la puerta de entrada de los patógenos desde la nasofaringe hacia el oído medio ⁶.

Antibióticos y Mastoiditis

La OM constituye la razón más frecuente de consumo de antibióticos en niños¹. La evidencia de un meta-análisis sugiere que los antibióticos benefician más a los niños menores de 2 años con OMA bilateral, y a los niños con OMA y otorrea. Para los demás niños la política de una espera expectante parece justificada⁷. Además, se sabe que la prescripción de antibióticos alienta la futura asistencia a consulta en futuros episodios, incrementa a presión sobre los médicos para que los prescriban, incrementa el uso de antibióticos, e incrementa la resistencia antibiótica. Por otro lado, se ha sugerido que posponer el uso de antibióticos aumenta el riesgo de complicaciones supurativas, como la mastoiditis. Van Zuijlen et al⁸. realmente han encontrado un leve incremento en la incidencia de la mastoiditis aguda, i.e. alrededor del 4 por cada 100.000 personas año, en Holanda, donde solo el 31% de los pacientes con OMA reciben antibióticos comparado a 2 por cada 100.000 personas año en los Estados Unidos donde casi todos los casos de OMA son tratados con antibiótico. Sin embargo, en vista de la baja incidencia estimada de la mastoiditis aguda en la OMA de 0,4 por cada 1000 episodios de OMA, el número de prescripciones de antibiótico para OMA necesarios para evitar un episodio de mastoiditis aguda es extremadamente alto: alrededor de 2500⁸. Pero no todos los episodios de mastoiditis puede ser prevenido con antibióticos. Estudios retrospectivos han mostrado que el 36-87% de los pacientes con mastoiditis aguda fueron tratados con antibiótico previo al desarrollo de esta complicación.

Secuelas

Se ha hipotetizado que la pérdida auditiva relacionada a la OM debida a la efusión puede causar retraso en la adquisición del lenguaje, alterar la conducta e influenciar la calidad de vida. El grado de pérdida auditiva asociado con la OM es de 10-40dB. Sin embargo, no hay evidencia que confirme todas estas afirmaciones. Un meta-análisis usando diferentes tipos de estudios mostraron un efecto adverso pequeño de la OM sobre el desarrollo del lenguaje, el cual podría no ser significativo en la salud general del niño. Pero el efecto podría ser desproporcionado en los niños con retraso del desarrollo⁹. Brouwer et al¹⁰ encontraron que una reducción en el número de episodios de OMA estaban asociados con un incremento en la calidad de vida relacionas a a la salud. Otros estudios, sin embargo, no mostraron este efecto. Los hallazgos conflictivos podrían deberse a defectos metodológicos. Algunos estudios fallaron en confirmar la duración y la severidad de la OMA, o no midieron los niveles de audición. En otros estudios, potenciales variables que podrían confundir en la evaluación de las destrezas comunicativas, como el coeficiente de inteligencia o el nivel educativo de los padres, no se tomaron en cuenta.

Costos

Los costos anuales generados por la OM se han estimado entre US\$ 3-5.000.000.000, mientras que el costo por OMA varía de US\$103 a US\$1.330. El verdadero impacto esté probablemente subestimado porque el costo indirecto puede ser sustancialmente mayor¹¹.

Epílogo

La intervención ideal, tanto preventiva como curativa, de la OM debería ser no-tóxico y rápidamente efectiva para resolver la efusión, y debería mantenerse por varios meses. Como una intervención así aún no existe, hay una necesidad urgente de crear, diseñar y probar otras nuevas direcciones de tratamiento que correspondan a los avances en la fisiopatología de la OM. Se esperan muchos éxitos si esta búsqueda se enfoca en la interacción entre los factores etiopatogénicos. Se necesita más conocimiento sobre la patogénesis para responder a la pregunta de por qué algunos niños se curan espontáneamente de la OM mientras que otros necesitan intervenciones específicas.

Referencias bibliográficas

1. Freid VM, Mukuc DM, Rooks RN. Ambulatory health care visits by children: principal diagnosis and place of visit. *Vital Health Stat* 1998; 13:1-23.
2. Gates GA, Klein JO, Lim DJ, Mogi G, Ogra PL, Parapella MM et al. Recent advances in otitis media: 1. Definitions, terminology, and classification of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:8-18.
3. Teele DW, Klein JO. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: A prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
4. Alho O, Oja H, Koivu M, Sorri M. Chronic otitis media with effusion in infancy. How frequent is it? How does it develop? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:432-6.
5. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD (eds). *Evidence-based Otitis Media*, 2nd ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003
6. Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet* 2004;363(9407):465-73.
7. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, Gaboury I, Little P, Hoes AW. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368(9545):1429-35.
8. Van Zuijlen DA, Schilder AG, Van Balen FA, Hoes AW. National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:140-4.
9. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics* 2004;113:e238-48.
10. Brouwer CN, Maillé AR, Rovers MM, Veenhoven RH, Grobbee DE, Sanders EA, Schilder AG. Effect of pneumococcal vaccination on quality of life in children with recurrent acute otitis media: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005;115(2):273-9.
11. Alsarraf R, Jung CJ, Perkins J, Crowley C, Alsarraf N, Gates GA. Measuring the indirect and direct costs of acute otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 125:12-18.