

Otitis Media: Un Caso Clínico

Andrés Sibbald

Enrique es un niño que asiste a una guardería y que tiene infecciones respiratorias altas (IRA) recurrentes. El no ha sufrido de infecciones de oído. El fue llevado al pediatra por una historia de 48 horas de fiebre y coriza. Su madre piensa que él tiene dolor de oído.

Nosotros no sabemos por qué esta madre piensa que a Enrique le duele el oído, pero esto es debido a que él llora, particularmente en las noches, o porque el niño señala o se cubre su oído con su mano.

Esta situación es muy común y los pediatras saben, porque la literatura lo afirma así, que hay una tendencia a sobrediagnosticar y que a su vez esto es problemático debido al incremento en la resistencia bacteriana. El doctor sabe que está allí para un diagnóstico complejo y una evaluación terapéutica con un niño de 2 años de edad.

El diagnóstico de la otitis media requiere una buena visualización de la membrana timpánica. Por esta razón el niño usualmente debe ser adecuadamente posicionado para evitar el movimiento cuando el espejo se introduce al canal. Segundo, el médico debe estar preparado para limpiar el canal auditivo del exceso de cerumen. Tercero, es importante el uso de buenos instrumentos diagnósticos.

Tres preguntas deben ser respondidas:

Primera pregunta: El oído medio tiene efusión o es normal (ventilado adecuadamente, por lo que está lleno de aire). Si tiene efusión, entonces tiene una otitis media (OM). Para establecer la presencia de efusión la otoscopia neumática es requerida, a menos de que presente burbujas o nivel hidroaéreo. La forma más común de la OM es la otitis media con efusión (OME) la cual es mucho más frecuente que la otitis media aguda (OMA).

Segunda pregunta: ¿Es realmente una otitis media aguda (OMA)?

El diagnóstico de la OMA es un proceso secuencial que depende de la progresiva presentación del fenómeno clínico. Debe haber una rápida instauración de los síntomas o signos de inflamación severa. El único síntoma específico es la otalgia. Esta es provocada por la presión sobre la membrana timpánica (MT) debido al acúmulo de pus. La MT es empujada hacia afuera lo que la “abomba”.

Los signos otoscópicos representan los elementos diagnósticos más precisos de la OMA:

- el color debe ser amarillo lechoso o un distintivo rojo de inflamación aguda;
- la posición debe ser de plenitud progresiva o “abombado”;
- la otorrea súbita (en oposición a la supuración persistente) es el signo más evidente, aunque infrecuente, de la OMA avanzada.

Con esta rigurosa triada diagnóstica podemos aplicar criterios que podrán reducir el sobre diagnóstico que puede ser provocado por:

- a) miringitis viral;
- b) el eritema del llanto;
- c) estadios diferentes de la OME.

Tercera pregunta: ¿Debo prescribir para este niño un antibiótico de manera inmediata?

Varios expertos (Rosenfeld¹, Glasziou²) mediante meta-análisis de estudios controlados y randomizados opinan que de 7 a 20 niños deben ser tratados para evitar una forma prolongada de la enfermedad en un paciente. Dado que algún grado de diagnóstico indeterminado es a menudo inevitable, los pediatras y especialistas en ORL deben admitir esta duda dentro del análisis de decisión terapéutica.

Con el consentimiento de los padres, después de una debida explicación, podemos ofrecer medicación para el dolor y la fiebre para uno a tres días en pacientes seleccionados (niños mayores, con enfermedad leve). Esto se ha resumido en varios acrónimos: WW (watchful waiting: observe y espere), OO (observation option: opción de observar), SNAP (safety net antibiotic prescription: prescripción antibiótica neta de seguridad), WASP (wait and see prescripción: espere y vea la prescripción). A la familia se le entrega una prescripción pero se le instruye a diferirla a menos de que la condición empeore o no mejore en un término corto. El paciente puede volver al pediatra, preferiblemente con el mismo que hizo el diagnóstico, o en algunas ocasiones se puede decidir mediante una comunicación telefónica cuando hay una adecuada confianza entre la familia y el médico.

Estas reflexiones cautelosas en el diagnóstico y las alternativas terapéuticas deberían ser la piedra angular del manejo actual de pacientes como Enrique.

Referencias bibliográficas

1. Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et, al. Clinical efficacy of antimicrobial drougs for acute otitis media?. A meta-analysis of 5400 children from thirty three randomized trials. J Pediatr. 1994;124:355-367
2. Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2000;4:CD000219.