

Diagnòstic i tractament de l'otitis mitjana aguda

Grup de Treball de Malalties Infeccioses de la Societat Catalana de Pediatria

Introducció

L'otitis mitjana aguda es considera una de les malalties més freqüents i un dels principals motius de prescripció antibiòtica a la infància. Durant els primers 3 anys de vida, el 84% dels nens en tenen 1 o 2 episodis i el 62% en tenen més de 3. Per això és important tenir clars alguns conceptes sobre el seu diagnòstic i tractament, per tal d'evitar antibiote-ràpies innecessàries o inadequades que contribueixin a augmentar encara més, en el nostre medi, les resistències bacterianes enfront dels antibiòtics.

Definicions

Otitis mitjana (OM): inflamació de la mucosa de l'oïda mitjana, amb freqüent afectació inflammatòria de les cel·les mastoïdals adjacents i de la mucosa tubàrica.

Otitis mitjana aguda (OMA): episodi aïllat d'inflamació de l'oïda mitjana, habitualment amb presència de vessament a la seva cavitat clínicament manifestada per signes de malaltia aguda.

Otitis mitjana aguda recurrent (OMAR): presentació de 3 o més episodis diferents d'OMA en 6 mesos, o de 4 o més en 1 any, amb resolució completa en els intervals.

Otitis mitjana amb efusió (altrament dita serosa, mucosa o amb secreció) (OME): inflamació amb vessament generalment seromucós, de l'oïda mitjana, de curs habitualment poc simptomàtic. Si el vessament persisteix menys de 3 mesos, es cataloga d'OME Aguda (OMEA) i si dura més temps, d'OME Crònica (OMEC). Amb molta freqüència, és conseqüència d'una OMA.

Miringitis: inflamació limitada al timpà, que pot estar relacionada amb una otitis mitjana o externa.

Correspondència:

Romà Baraibar
Institut Dexeus
c/ Calatrava, 83, 4a planta. 08017 Barcelona

Treball rebut: 17-12-1999. Treball acceptat: 25-07-2000.

Grup de Treball de Malalties Infeccioses de la Societat Catalana de Pediatria.

Diagnòstic i tractament de l'otitis mitjana aguda.
Pediàtr Catalana 2000; 60: 261-263.

Etiologia

Bacteriana (65-75%):

- Streptococcus pneumoniae* (40-45%)
 - Amb resistències a penicil·lina* cada vegada més altes (resistència parcial: 60-90%; totalment resistents: 10%).
 - Taxa de curacions espontànies d'un 10-15%.
- Haemophilus influenzae* generalment no capsulat (25%).
 - Amb resistència a l'amoxicil·lina* d'un 20-40%.
 - Taxa de curacions espontànies d'un 50%.
- Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*: són molt menys freqüents.

Els percentatges són aproximats i poden variar segons diferents poblacions, grups d'edat, situació clínica, i amb el temps.

* Les resistències a penicil·lina i amoxicil·lina estan directament relacionades amb el consum repetit d'antibiòtics, i són més freqüents ens els nens més petits amb episodis d'OMA recurrents, poli i mal tractades, que van a guarderia, i ho són menys en nens més grans, amb episodis aïllats.

Vírica (25-35%): rinovirus, coronavirus, adenovirus, virus influenza i parainfluenza, VRS.

Mixta (25-80%): percentatge molt variable segons diferents autors.

Clínica

El diagnòstic de l'otitis es basa en els símptomes clínics i en la interpretació acurada de les imatges de l'otoscòpia:

La febre pot ser variable o absent. L'otàlgia no ocasional (mantinguda en les últimes 24 hores) és el símptoma guia. En el lactant aquesta pot adoptar la forma d'irritabilitat, trastorns del son i rebuig de l'aliment per succió dolorosa.

L'otoscòpia, de vegades difícil sobretot en lactants, pot mostrar: hiperèmia i protrusió timpànica, vessament d'oïda mitjana o supuració transtimpànica.

Factors de risc

Es consideren factors principals de risc, a tenir en compte en planejar el tractament (per iniciar-lo o

no, per programar-ne la durada, el tipus i la dosi d'antibiòtic):

- Edat inferior a 18 m. (12 a 24 m segons autors)
- Assistència a guarderia
- Història familiar (en germans, pares) d'OMA, al·lèrgies, hiperreactivitat bronquial (HRB), asma. OMAR
- Tractaments antibiòtics en l'últim mes
- Malaltia de base (fibrosi quística, infecció per HIV, síndrome de Down, fissura palatina, asma o HRB, hipoacúsia)
- Supuració o perforació timpànica a l'exploració

Es consideren factors menors de risc:

- Utilització freqüent del xumet
- Alletament artificial
- Família o ambient de fumadors
- Família mala complidora del tractament

Els criteris d'ingrés hospitalari es limitarien als casos d'OMA en pacients afectes d'una malaltia de base associada a immunodepressió i a l'existència de complicacions supurades locals (tipus mastoïditis).

Tractament

Objectius

- Curar l'episodi d'OMA.
- Prevenir les eventuais complicacions.
- Disminuir la freqüència d'OMAR.
- Ecurçar la durada de l'OME (que és aproximadament d'un mes després de l'episodi agut)
- Prevenir les OMEC
- Restaurar i mantenir l'audició (especialment en els nens petits)
- Evitar repercussions tardanes
- No tractar innecessàriament, utilitzar l'antibiòtic d'espectre més reduït que sigui adequat per tractar l'etiologia sospitada i fer-ho durant el menor temps possible, per crear el menor nombre de resistències, i amb el menor cost econòmic.

Criteris de tractament antibiòtic

a) Otoscòpia patològica sense clínica

- a.1) Sense o amb 1 factor principal de risc: no tractament si els pares ho accepten i observació durant 48-72 h. Si no ho accepten, tractament 5 dies i reavaluar telefònicament o personalment.
 - persistència d'estat asimptomàtic: revisió en 3 setmanes
 - otoscòpia normal: curat
 - otoscòpia anormal: antibiòtic durant 10 dies
 - aparició de símptomes: antibiòtic durant 10 dies

a.2) Amb 2 o més factors principals de risc: antibiòtic durant 5 dies

b) Pacient simptomàtic amb otoscòpia patològica

b.1) Amb 2 o més factors principals de risc: antibiòtic durant 10 dies

b.2) Sense o amb un sol factor principal de risc: antibiòtic durant 5 dies

- Si no millora en 48-72 hores: canvi d'antibiòtic
- Si millora, reavaluar a les 3 setmanes
 - asimptomàtic i otoscòpia normal: curat
 - OME: controls clínics periòdics sense tractament antibiòtic
 - otoscòpia patològica o recaiguda: canvi d'antibiòtic

Antibiòtics

1. Amoxicil·lina via oral a 80-100 mg/kg/dia, en 3 preses
2. En pacients amb risc d'evolució desfavorable o clínica intensa, com els lactants menors de 2 anys, amb febre alta, sensació de malaltia o irritabilitat marcada, que han rebut antibiòtics en el darrer mes o han tingut altres episodis d'OMA, es pot iniciar el tractament amb amoxicil·lina+clavulànic, en relació 7:1 o 8:1, i dosis d'amoxicil·lina de 100 mg/kg/dia, per via oral, en 2-3 preses (per tal d'abastar les dues etiologies més freqüents).
3. En nens grans, sense antecedents d'otitis freqüents ni criteris de risc, es pot donar amoxicil·lina, via oral, a dosis de 50 mg/kg/dia, en 3 preses.

Una alternativa menys eficaç seria: cefuroxima axetil via oral, en 2-3 preses, a dosi de 30 mg/kg/dia. Es desaconsella la utilització d'altres cefalosporines orals de 2a i 3a generació perquè, si bé podrien ser útils per al tractament de les OMA per *H. influenzae*, la majoria (potser amb l'excepció de cefprozil i cefpodoxima proxetil), tenen menys eficàcia contra el pneumococ.

Els nous macròlids orals tipus: azitromicina a 10 mg/kg/dia en 1 presa diària, de 3-5 dies o claritromicina a 15 mg/kg/dia en 2 preses, durant 7-10 dies, poden considerar-se també, sobretot quan es sospiti que l'*H. influenzae* és l'agent causal (per exemple, la síndrome conjuntivitis-otitis).

En el nostre país, la utilització de ceftriaxona (50 mg/kg/dia IM, en 1 dosi diària, durant 1, 3 o 5 dies segons situació clínica) com a tractament de l'OMA no complicada, malgrat la seva eficàcia, ha de romandre molt restringida, per quedar reservada exclusivament per al tractament de patologies més greus (meningitis, infeccions sistèmiques).

En condicions normals, la manca de millora amb el tractament antibiòtic a les dosis aconsellades, poques vegades es deu a la presència de microorganismes resistents. Abans de plantejar-se canvis d'antibiòtics a cegues caldria indicar la pràctica d'una timpanocentesi

amb cultiu del contingut de l'oïda mitjana per avaluar-ne l'etiologia; sovint, la descompressió i buidat d'aquesta, és suficient per curar l'OMA.

Miringotomia

Les indicacions són:

- Obtenció d'una mostra per a cultiu de l'oïda mitjana, especialment quan hi ha una mala resposta al tractament antibiòtic correctament donat (els cultius d'una secreció purulenta de conducte auditu extern no té cap valor etiològic).
- Dolor molt important amb protrusió timpànica intensa (sobretot en lactants)
- Sospita de complicacions supuratives (mastoïditis, infecció SNC...)
- Malaltia greu
- Immunodepressió

Tècnica: Practicar-la de manera estèril: primer, netejar el conducte auditu extern (CAE) amb una solució antisèptica; segon, cultivar el CAE (serveix de control per interpretar el cultiu del contingut de l'oïda mitjana i valorar una possible contaminació); tercer, fer una incisió del timpà i aspirar amb una sonda estèril el contingut retrotimpànic, que es cultivarà; quart, desinfectar novament el timpà i el CAE.

Profilaxi de l'OMAR

Davant d'episodis d'OMAR, hi ha diverses possibilitats documentades de tractament, que cal valorar amb molta cura:

Antibiòtica

- Profilaxi contínua diària: amoxicil·lina a 20 mg/kg/dia en dosi única per via oral, al vespre, durant 2-3 mesos (és la més recomanada)
- Profilaxi discontinua: durant qualsevol episodi d'infecció de tracte respiratori superior: també amb amoxicil·lina a 60-80 mg/kg/dia, mentre duri l'episodi agut.

S'ha de procurar no donar més de 2 tandes.

Quirúrgica

- 1) Tubs de drenatge transtimpànic
 - sempre després d'intentar sense èxit les tandes de profilaxi antibiòtica
 - si persisteix l'OMEC > 4-6 mesos (per exploració i timpanograma), sobretot (o només) si hi ha una hipoacúsia bilateral persistent (més de 3 mesos) ben documentada
- 2) Adenoïdectomia
 - alguns autors la recomanen sempre conjuntament amb la inserció de tub de drenatge transtimpànic, quan la hiperplàsia adenoide provoqui una obstrucció greu de la via aèria. El

pediatre pot sospitar aquesta hiperplàsia clínicament i pot comprovar-la o no, practicant exàmens complementaris, com habitualment una radiografia de perfil de càvum amb hiperextensió de coll (però també amb endoscòpia nasal o TAC).

- en formes greus d'OME
- en casos d'OMAR posteriors a la implantació de tubs de drenatge independentment de la mida de les adenoides.
- és recomanable esperar a practicar-la, si és possible a edats superiors als 3-4 anys, i en tot cas evitar-la en menors de 2 anys.

Recomanacions

Sempre que hi hagi OMAR o OMEC en nens més grans, cal descartar una patologia al·lèrgica, sobretot abans de posar en pràctica tractaments quirúrgics o profilaxis repetides.

Bibliografia

- 1 Bluestone ChD. Role of surgery for otitis media in the era of resistant bacteria. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 1.090-1.098.
- 2 Crovetto de la Torre MA, Aristegui J. La otitis media en la infancia. Barcelona. Prous Science 1997.
- 3 Del Castillo F, Baquero F, Garcia-Perea A. Influence of recent antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* in children with acute otitis media in Spain. *Pediatr Infect Dis J*, 1998; 17: 94-97.
- 4 Domínguez S, Mainou C, Clarós A, et al. Estudio clínico y microbiológico de la otitis media en lactantes. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 341-344.
- 5 Dowell SF, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Schwartz B. Otitis media. Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998; 101: 165-171.
- 6 Ewing J. How to create, implement and refine regional clinical guidelines for office use. *Amb Child Health* 1998; 4: 199-211.
- 7 Klein JO. Clinical implications of antibiotic resistance for management of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 1.084-1.089.
- 8 Paradise JL. Changing perspectives on otitis media: diagnosis, risk factors, management and prevention. *Semin Pediatr Infect Dis* 1998; 9: 39-41.
- 9 Roger G, Carles P, Pangon B, et al. Management of acute otitis media caused by resistant pneumococci in infants. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 631-638.
- 10 Stool SE, Berg AO, Berman S, and the Otitis Media Guideline Panel. Managing otitis media with effusion in young children. *Pediatrics* 1994; 94: 766-773.
- 11 Teele DW, Klein JO, Rosner B, Greater Boston Otitis Media Study Group. 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.