

OTITIS, FARINGOAMIGDALITIS Y LARINGITIS

El oído es un órgano sensorial que detecta el sonido, la posición y el movimiento de la cabeza. El sistema auditivo se compone de tres partes: el oído externo, el oído medio y el oído interno. El oído externo o exterior está formado por el pabellón (parte externa saliente del oído) y por el orificio auditivo externo. El oído medio comprende la cavidad timpánica, los apéndices mastoides (el martillo, el yunque), y el conducto auditivo o trompa de Eustaquio.

Los trastornos del oído pueden clasificarse de acuerdo con la parte que resulte lesionada. Las enfermedades más frecuentes en estas partes del oído son las afecciones bacterianas y las micóticas, afecciones inflamatorias que causan dolor y acumulación de cerumen. Por lo común son autolimitadas y en el caso de necesitarse un tratamiento, éste resulta fácil. Sin embargo, si los problemas persisten o se descuidan, la situación puede agravarse hasta el punto de ocasionar la pérdida de la audición.

La otitis es un término general para referirse a la infección o inflamación del oído. Las infecciones del oído pueden afectar tanto al oído medio como al externo e incluir la piel, cartílago, periostio, conducto auditivo y las cavidades timpánica y mastoidea. La otitis se clasifica según su presentación súbita o durante un corto periodo de tiempo (otitis aguda) o de forma repetitiva durante un periodo de tiempo largo (otitis crónica).

Infecciones de estructuras del oído externo

Las infecciones que afectan a las estructuras del oído externo son difíciles de diferenciar de los trastornos inflamatorios ya que suelen cursar con síntomas similares. Se considerarán los trastornos inflamatorios como causa posible de irritación del oído externo ante la ausencia de adenopatía local o regional. Las causas más destacadas de inflamación incluyen traumatismos, picaduras de insectos y exposición excesiva a la luz solar o al frío extremo.

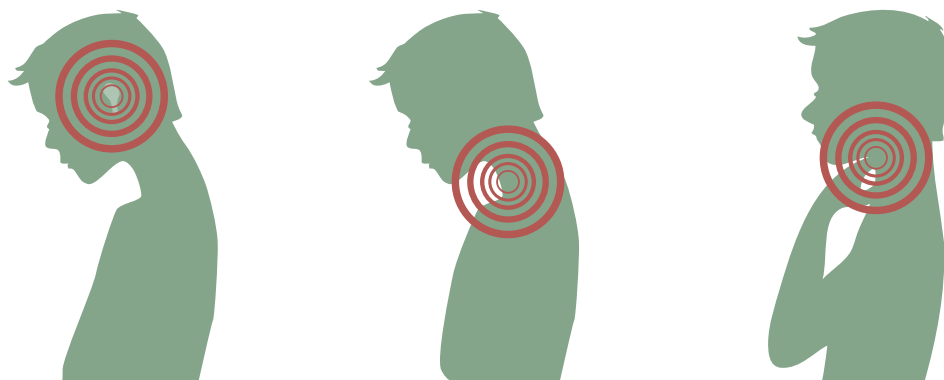
Entre las infecciones de las estructuras del oído externo encontramos la celulitis auricular, la pericondritis y la otitis externa. En la mayoría de los casos, suelen ser unilaterales y con mayor incidencia en la infancia.

Celulitis auricular

Es una infección de la piel que cubre el oído externo que suele aparecer tras un traumatismo local leve. Generalmente cursa con dolor al tacto, eritema, hinchazón y calor del oído externo (especialmente en el lóbulo de la oreja), pero sin afectación del conducto auditivo ni estructuras más internas.

Pericondritis

Es la infección del pabellón auditivo con afectación del pericondrio del cartílago auricular. Aparece generalmente tras un traumatismo local (perforación del lóbulo de la oreja,



quemadura, etc.). El cuadro se puede asemejar mucho a la celulitis auricular. Los gérmenes causales más frecuentes son *Pseudomonas* spp y *Staphylococcus aureus*. El tratamiento incluye el drenaje de los abscesos, un vendaje compresivo y antibióticos que cubran *Pseudomona* (por ejemplo ciprofloxacino).

Otitis externa

Es un proceso inflamatorio del pabellón auricular y/o del canal auditivo externo (CAE) con o sin infección. Existen una serie de factores que contribuyen a la aparición de la otitis como pueden ser la limpieza con bastoncillos de algodón, baños frecuentes en la piscina, sudoración, alergias, estrés, etc. Tiene un origen predominantemente bacteriano y los patógenos habitualmente implicados son *P.aeruginosa* y *S.aureus*.

El cuadro comienza con prurito y evoluciona a una otalgia intensa ante manipulación del pabellón auricular (signo del trago). El dolor suele acompañarse de la aparición de eritema e hinchazón del conducto auditivo, a menudo con otorrea.

En general se recomienda lavado suave con agua templada y aplicación local de alcohol al 70% con ácido acético y gotas ópticas con ciprofloxacino, ofloxacino o polimixina b con neomicina, con o sin hidrocortisona, cada 6 horas.

Existen varias entidades diferenciadas:

Otitis externa circunscrita (furunculosis): Es la infección de los folículos pilosos del tercio externo del CAE. El patógeno causal suele ser el *S.aureus*. Se manifiesta con otalgia que aumenta con la manipulación de trago y del pabellón auricular (signo del trago positivo), no suele producir disminución de la audición. El diagnóstico se realiza a partir de una otoscopia que mostrará una inflamación localizada del CAE. El tratamiento incluye calor seco y antibióticos tópicos (mupirocina) o sistémicos (cloxacilina, amoxicilina-clavulánico). En caso necesario también se administrarán antiinflamatorios y analgésicos.

Otitis externa difusa: también llamada "oído del nadador". Se debe a un exceso de humedad que rompe la barrera protectora del oído. Causada predominantemente por *P.aeruginosa*, *S.aureus* y *Streptococcus epidermidis*. Inicialmente se genera una secreción escasa y blanquecina y el paciente tiene sensación de prurito y discomfort. En la otoscopia se verá un leve eritema. Si existe agravamiento del cuadro aparecerá un dolor intenso y la secreción será más abundante y espesa. El tratamiento incluye la aplicación de calor seco local, evitar la entrada de agua en el oído y la

aplicación tópica de antibióticos. Habitualmente se emplea ciprofloxacino sólo o asociado a un corticoide o bien neomicina y polimixina B más corticoide. Si la infección es grave se administrarán antibióticos vía oral. En caso necesario se emplearán analgésicos y/o antiinflamatorios.

Otitis crónica externa: cuando la infección se prolonga más de tres meses. El dolor será menos intenso pero se incrementan el prurito y las secreciones. Esta situación predispone a otitis agudas de repetición.

Otitis externa invasiva o maligna: es una otitis externa de rápida progresión y alta mortalidad que afecta predominantemente a pacientes inmunodeprimidos (VIH, pacientes diabéticos de larga evolución, pacientes en tratamiento con quimioterapia, etc.). El patógeno más frecuentemente implicado es *P. aeruginosa*. Inicialmente se puede presentar como una otitis externa difusa que no responde bien al tratamiento. El paciente presenta una otalgia intensa, otorrea purulenta e hinchazón del conducto auditivo externo. Una característica diferencial que ayuda al diagnóstico es la presencia de tejido de granulación en este conducto. El diagnóstico se hará mediante la combinación de la clínica, realización de otoscopia, cultivo de muestras (tejido de granulación) y pruebas de imagen (TAC). El cuadro se caracteriza por la osteítis progresiva del hueso temporal. Sin tratamiento, puede evolucionar con rapidez provocando necrosis de los tejidos blandos y osteomielitis en la base del cráneo. El tratamiento incluye la limpieza diaria del conducto, la aplicación de antibiótico tópico (como ciprofloxacino) más corticoide (para disminuir inflamación) así como antibióticos sistémicos por vía endovenosa con actividad frente a *P. aeruginosa* (β -lactámicos como ceftazidima, piperacilina-tazobactam, meropenem o ceftolozano-tazobactam) que se puede asociar al inicio del tratamiento con aminoglucósido o ciprofloxacino. Generalmente se requieren más de 6 semanas de tratamiento. Si la evolución no es favorable, se ha de plantear el desbridamiento quirúrgico del hueso infectado.

Otitis externa vírica: producidas por virus respiratorios (rinovirus, parainfluenza, respiratorio sincitial). Producen ampollas serohemáticas en la superficie del CAE. Suelen tener resolución espontánea. El tratamiento es sintomático con analgésicos y antiinflamatorios.

Otomycosis: infección de la piel del CAE por hongos. Suele estar causada por *Aspergillus* y *Candida* spp. Predomina la sensación de prurito sobre la de dolor. El tratamiento consiste en la limpieza periódica de los exudados del CAE y la instilación de preparados antifúngicos.

Infecciones de estructuras del oído medio

Otitis media aguda

La otitis media aguda (OMA) es una inflamación aguda del oído medio que se presenta con dolor intenso (llega a interferir en el sueño), inflamación y que incluso, puede llegar a ocasionar la pérdida de capacidad auditiva. Es característica la presencia de líquido en el oído medio. En caso de perforación del tímpano, el dolor disminuye y aparece una otorrea purulenta. En casos graves pueden presentarse síntomas como fiebre, pérdida de apetito, náuseas y vómitos. Es un proceso muy común en la edad pediátrica pero poco frecuente en adolescentes y adultos. Suele venir precedida por un episodio de infección de las vías respiratorias. La OMA es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y una de las primeras causas de prescripción de antibióticos.

La causa de la infección del oído medio puede ser vírica o bacteriana, aunque en una cuarta parte de los casos no se identifica el patógeno. Los virus (virus sincitial respiratorio, influenza, rinovirus y enterovirus) son la causa de un 25% de los casos y, a menudo, la infección vírica predispone a la aparición de otitis media bacteriana. La principal bacteria responsable de OMA es el *Streptococcus pneumoniae*, aislado en un 35-40% de los casos. El *Haemophilus influenzae* produce un 25%, siendo más común en niños pequeños. La tercera causa en importancia sería la *Moraxella catarrhalis*, cuya prevalencia va en aumento. Cada vez resultan más problemáticas las cepas extrahospitalarias de SARM como agente etiológico emergente. Las infecciones óticas por *Streptococcus pyogenes*, aunque infrecuentes, suelen observarse coincidiendo con brotes de faringitis estreptocócica.

El tratamiento de la OMA incluye medidas generales para paliar síntomas (calor local, no mojar el oído, analgésicos y antiinflamatorios). La utilidad de los antibióticos en esta patología es controvertida puesto que, en niños, suele ser una afección leve y autolimitada en el 75-90% de los casos. Los antibióticos muestran un pequeño beneficio a corto plazo (reducen el dolor levemente) pero no se ha demostrado que reduzcan las complicaciones. Por norma general, los antibióticos no deberían prescribirse de rutina, salvo en niños menores de 2 años con OMA bilateral, fiebre o vómitos, OMA con perforación y riesgo de complicaciones. Se recomienda un período de observación de 48 horas. Si en ese tiempo no hubiese mejoría, debería iniciarse el tratamiento antibiótico.

En caso de utilización de antibióticos, la terapia debe dirigirse a la infección neumocócica. El tratamiento de elección

es la amoxicilina a altas dosis (80-90 mg/Kg de peso/día). Si la OMA se asocia a conjuntivitis (etiología más probable *Haemophilus influenzae*) el tratamiento debe ser amoxicilina-clavulánico. Si existe alergia a penicilina la alternativa es azitromicina.

Por norma general la duración del tratamiento en niños mayores de 2 años y sin complicaciones será de 5 días. En niños menores de 2 años o en niños de cualquier edad con antecedentes de otitis crónica u otitis aguda recurrente u otras complicaciones será de 10 días. La infección grave o complicada puede requerir el ingreso hospitalario. Con el tratamiento correcto, la clínica de la otitis mejora en unas 72 horas. Es importante hacer hincapié en el completo cumplimiento del tratamiento antibiótico.

La OMA puede presentar las siguientes complicaciones:

Episodios recurrentes de OMA por fallos del tratamiento o por reinfecciones (4 o más episodios al año).

Otitis media serosa, que sería la persistencia de exudado durante 3 meses o más por obstrucción de la trompa de Eustaquio.

Mastoiditis, laberintitis o meningitis (complicaciones raras pero graves).

Consideraciones generales de los tratamientos óticos tópicos.

Las gotas óticas son preparados líquidos destinados a ser aplicados en el CAE con objeto de ejercer una acción local. Previo a la instilación de las gotas es imprescindible realizar una otoscopia para descartar la perforación timpánica ya que la medicación podría pasar al odio medio y provocar daños. Por eso se recomienda no utilizar gotas óticas en caso de perforación timpánica, salvo criterio facultativo especializado.

La frecuencia de las instilaciones puede modificarse en función de la intensidad del cuadro clínico y el volumen del conducto auditivo externo.

Los efectos adversos de la aplicación tópica en el conducto auditivo externo son raros, principalmente eccema de contacto.

Los medicamentos con presentaciones óticas incluyen antibacterianos (ciprofloxacino; ofloxacino; gentamicina; polimixina b + neomicina) asociados o no a corticoides.

El procedimiento para la aplicación de las gotas óticas es una técnica sencilla pero se debe instruir a los pacientes:

- Lavado previo de manos.
- Colocar al paciente sentado o tumbado con la cabeza inclinada hacia el lado que no se va a tratar.
- Limpiar el pabellón auricular y el CAE con una gasa impregnada en suero fisiológico.
- Atemperar el medicamento a la temperatura corporal (para evitar el estímulo térmico).
- Abrir el envase con cuidado de no contaminarlo. Si es una suspensión agitarlo previamente.
- En adultos, estirar de la oreja hacia arriba y hacia atrás. En niños, estirar de la oreja hacia abajo y hacia atrás.
- Mientras se tira del pabellón auricular se instilan las gotas prescritas haciendo que caigan sobre la pared del conducto evitando que el recipiente toque la piel del paciente.
- El paciente debe permanecer un tiempo en la posición mencionada para que el medicamento se impregne adecuadamente.
- No es recomendable la colocación de gasas o algodones en el CAE para evitar que estos absorban parte de la medicación.

Agentes óticos antibacterianos y antimicóticos.

Algunos de los fármacos más utilizados para las infecciones óticas son cloramfenicol, gentamicina y ciprofloxacino. Algunos de estos agentes se combinan con esteroides para aprovechar sus efectos antialérgicos. Los fármacos antimicrobianos usados como agentes óticos también son efectivos en el tratamiento de las infecciones de los mastoides y de las del conducto auditivo externo. Sin embargo, las infecciones del oído medio, como la otitis media, requieren tratamiento con antibióticos de administración sistémica.

El **cloramfenicol** tiene la ventaja de ser un antibiótico de amplio espectro. Es muy efectivo contra *Staphylococcus aureus*, *Escherichia Coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*, *Haemofilus influenzae* y otros. Sus efectos adversos son similares a los de los antibióticos de uso tópico; entre éstos tenemos ardor, enrojecimiento, erupciones cutáneas, hichazón y otros signos de irritación tópica. El cloramfenicol

ótico se encuentra disponible como solución al 0,5% que se acostumbra instilar en el oído. Se recomiendan dos o tres gotas tres veces al día tanto en adultos como en niños.

El ciprofloxacino es un antibiótico derivado de las quinolonas que presenta una amplia actividad bactericida. Está indicado en el tratamiento de las infecciones agudas del oído externo e infecciones crónicas supuradas del oído medio causadas por gérmenes sensibles. La posología habitual es dos veces al día durante 7-10 días. Los efectos adversos más frecuentes son la sensación de picor y pinchazo en el oído en el momento de la aplicación.

El esteroide que más se usa en combinación con los antibióticos es la hidrocortisona al 1%; se añade en la fórmula para reducir la inflamación y el prurito asociados con las infecciones bacterianas óticas.

FARINGOAMIGDALITIS Y LARINGITIS.

Faringoamigdalitis.

La faringoamigdalitis es una inflamación de la faringe, las amígdalas palatinas o ambas. Se caracteriza por la presencia de odinofagia (dolor de garganta) e incluye dos formas clínicas:

- Faringitis aguda, con dos formas de presentación:
 1. Amigdalitis: término utilizado para referirse a la inflamación de las amígdalas.
 2. Faringitis: término utilizado para referirse a la inflamación de la orofaringe (amígdalas, paladar blando y úvula).
- Faringitis crónica.

La incidencia de la faringitis aguda es muy elevada en todo el mundo, ocurre en todos los grupos de edad y afecta por igual a ambos sexos. Es una enfermedad con un impacto sociosanitario elevado siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria y de prescripción antibiótica.

Habitualmente la faringitis aguda está causada por virus de tipo respiratorio (rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, herpes simple, etc.). Los microorganismos implicados cuando la faringitis es de origen bacteriano son: *Streptococcus pyogenes* -el más frecuente-, *estreptococos beta hemolíticos* del grupo C, *Neisseria gonorrhoeae*, *Cory-*

nebacterium diphtheriae, *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae* entre otros. En un 30% de los casos no se aísla ningún patógeno.

La faringitis se manifiesta con odinofagia, disfagia, fiebre, cefalea y malestar general, pudiéndose presentar disfonía en algún paciente. En general es una enfermedad leve y autolimitada, salvo la causada por el *S.pyogenes* que puede tener graves complicaciones como glomerulonefritis aguda y fiebre reumática.

El diagnóstico de la faringitis aguda no plantea muchas dificultades con la clínica y la exploración física. La importancia del diagnóstico radica en diferenciar la faringitis estreptocócica del resto de causas de faringitis, puesto que sólo los pacientes con este tipo de faringitis se van a beneficiar del tratamiento antibiótico.

La faringitis estreptocócica ocurre mayoritariamente en niños en edad escolar, en invierno y primavera. La presencia de exudado faríngeo, adenopatía cervical anterior, ausencia de tos e historia de fiebre son indicativos de este tipo de faringitis (criterios de Centor). Entre los indicadores de bajo riesgo de faringitis estreptocócica encontramos la ausencia de fiebre (sin el uso de antipiréticos), ausencia de eritema faríngeo y la presencia de síntomas típicos de catarro común (tos, rinorrea).

Se recomienda realizar pruebas de detección de estreptococo previa a la administración de medicamentos:

- Cultivo de exudado faríngeo: es el método de referencia pero tiene limitaciones como la incapacidad de diferenciar colonización de infección y la demora en la obtención de resultados (entre 24 y 48 horas). Aunque retrasar el inicio del antibiótico durante este periodo no va a influir en la aparición de complicaciones como la fiebre reumática, puede resultar difícil transmitir al paciente la necesidad de esperar al resultado del cultivo. En cualquier caso se podría iniciar el antibiótico y suspenderlo ante un cultivo negativo.
- Test rápido de detección del antígeno del estreptococo: son test comercializados que en minutos pueden confirmar la presencia del estreptococo en la muestra. Desafortunadamente la sensibilidad de los test ronda, en el mejor de los casos, el

70-90%, por lo que se recomienda que en niños y adolescentes con test negativo se haga un cultivo de exudado faríngeo, aunque aún no hay mucho consenso sobre este punto. Además es un método caro que no permite conocer la sensibilidad antimicrobiana y no diferencia entre colonización e infección.

La faringitis es un proceso autolimitado en la mayoría de los pacientes. Los síntomas mejoran de forma significativa en 3-7 días independientemente de si es una infección estreptocócica o no. El tratamiento es sintomático, basado en analgésicos, antitérmicos, reposo, ingesta abundante de líquidos y alimentación blanda.

El objetivo del tratamiento antibiótico de la faringitis estreptocócica es prevenir las complicaciones supurativas (sinusitis, otitis media, mastoiditis, abscesos, etc.), la fiebre reumática, disminuir la posibilidad de contagio y acortar el curso clínico de la enfermedad. Se ha demostrado que el uso de antibióticos disminuye el riesgo de fiebre reumática (enfermedad extremadamente rara), el riesgo de absceso y acorta la duración de los síntomas en 1-2 días (siempre y cuando se haya instaurado tratamiento antibiótico en las primeras 48 horas).

Por las dificultades que plantea la utilización de antibióticos, se recomienda la observación clínica de los pacientes con faringitis para confirmar la presencia de los criterios de Centor.

Si sólo tienen un criterio o ninguno, no se deberían administrar antibióticos. En caso de tener dos o más criterios, hay diferentes estrategias (en relación a la antibioterapia):

- hacer test rápido de detección de antígeno y tratar si es positivo.
- hacer test sólo en pacientes con 2 ó 3 criterios y tratar si es positivo y a los pacientes con 4 criterios tratar sin hacer el test.
- no hacer test y tratar a los pacientes con 3 o 4 criterios.

El tratamiento de elección es la penicilina-benzatina IM en dosis única o amoxicilina oral (7-10 días de tratamiento). En caso de alergia a los beta-lactámicos se puede administrar eritromicina (10 días) o azitromicina (3 días).

Laringitis

La laringitis aguda es un proceso inflamatorio de la mucosa laríngea y de las cuerdas vocales, que se asocia casi siempre a una rinitis o a una nasofaringitis aguda. Es de presentación súbita, dura menos de tres semanas y se resuelve de forma espontánea. Si la duración es mayor, hablamos de laringitis crónica.

La etiología es mayoritariamente infecciosa, pero existen otras causas como reflujo gastroesofágico, abuso o mal uso vocal, irritantes inhalados (humo de tabaco, etc.) y algunos procesos alérgicos. En cualquier caso, la mayoría de los episodios aparecen tras un cuadro catarral de las vías altas.

La etiología de la laringitis infecciosa casi siempre es vírica, pudiéndose producir posteriormente una sobreinfección bacteriana. Los virus más frecuentes son los que afectan a la vía aérea superior (rinovirus, influenza, parainfluenza, virus respiratorio sincitial, adenovirus). Menos comunes son los casos producidos por bacterias como *Haemophilus influenzae* tipo B, estreptococos β -hemolíticos y *Moraxella catarrhalis*. Los hongos (*Candida*, *Histoplasma*, *Blastomyces* y *Aspergillus* spp) pueden ser responsables de infección en personas inmunocomprometidas.

Entre las manifestaciones clínicas encontramos ronquera, disfonía o afonía (las alteraciones vocales persistentes son patognomónicas de desordenes laríngeos). Como los res-

ponsables suelen ser virus respiratorios, la sintomatología suele acompañarse de síntomas típicos de infección respiratoria de vías altas como rinorrea, congestión nasal, odinofagia, disfagia, dolor de garganta y tos. También existe cierto grado de edema pero que produce disnea. La faringitis crónica se presenta con ronquera, compromiso de la vía aérea y dolor que dura semanas. Estos síntomas son similares a los presentes en caso de neoplasia, por lo que ésta debe ser descartada.

El diagnóstico se establece a partir de la historia clínica y, en caso necesario, de una laringoscopia indirecta. Los cultivos no se suelen emplear por la dificultad de obtener muestras no contaminadas.

El tratamiento es sintomático junto con una correcta hidratación del paciente y humidificación del ambiente. Se debe evitar tabaco y alcohol así como reposar la voz. No se deben emplear antibióticos excepto si la evolución es mala o si coexisten procesos bronquiales.

El "síndrome de crup viral" es un cuadro característico en forma de laringo-traqueo-bronquitis aguda que se caracteriza por edema extraordinario de la región subglótica de la laringe. Afecta sobretudo a niños menores de 6 años y suele estar causado por virus (parainfluenza, influenza, virus respiratorio sincitial, etc.). Los síntomas suelen aparecer por la noche (fiebre, tos seca, ronquera y estridor) y mejoran por la mañana. En general suele haber antecedentes de catarro los días previos. Al ser una enfermedad autolimitada, la mayoría de los casos no precisan tratamiento. Se recomienda humidificar el ambiente y administrar aire frío. En casos graves se pueden administrar glucocorticoides sistémicos. Algunos casos pueden requerir hospitalización.

Bibliografía:

- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2004;113(5):1451-65.
- Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S, editores. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
- Hotomi M, Yamanaka N, Samukawa T, et al. Treatment and outcome of severe and non-severe acute otitis media. *Eur J Pediatr* 2005; 164:3.
- Moraga Llop, F. A., Cabañas Poy. M.J. Guía de antiinfecciosos en pediatría 2010. Barcelona: SanofiPasteurMSD, 2010
- Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med* 2001, 18; 344(3):205-11.

- Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med*. 2001, 20;134(6):509-17.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la faringitis (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Dworkin JP. Laryngitis: Types, Causes, and Treatments. *Otolaryngol Clin N Am* 2008;41:419–436.
- Humair JP, Revaz SA, Bovier P, Stalder H. Management of acute pharyngitis in adults: reliability of streptococcal test and clinical findings. *Arch Intern Med* 2006; 166:640-4 [
- Neuner JM, Hamel MB, Phillips RS, Bona K, Aronson MD. Diagnosis and management of adults with pharyngitis. A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2003, 15;139(2):113-22.
- Tulunay OE. Laryngitis: Diagnosis and Management. *Otolaryngol Clin N Am* 2008;41:437–451.
- Mensa J. Guía Terapéutica antimicrobiana. Ediciones Escofet Zamora. Molins del Rei, Barcelona, 2018.



SELECCIONES

ESTEROIDES ORALES PARA LA RESOLUCIÓN DE LA OTITIS MEDIA EN NIÑOS.

En los niños con otitis media persistente con derrame y pérdida auditiva la frecuencia de resolución espontánea es alta, lo que sugiere que el uso de esteroides orales a corto plazo no puede mejorar significativamente ni los síntomas ni la calidad de vida.

The Lancet 2018; 392: 557–6

Los niños con pérdida auditiva persistente debida a otitis media con derrame se tratan comúnmente mediante intervención quirúrgica. Un tratamiento médico seguro, barato y efectivo mejoraría las opciones de tratamiento. Algunos ensayos han encontrado beneficios a corto plazo de los esteroides orales. Pero la poca potencia y la baja calidad de datos disponibles hacen que exista incertidumbre sobre el beneficio real de esta medida.

Para conocer más sobre el tema, un grupo de investigadores del Reino Unido realizó un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para determinar si el uso a corto plazo de esteroides orales mejoraría la audición en la otitis media pediátrica persistente con derrame y pérdida auditiva. El resultado primario medido fue una audición satisfactoria 5 semanas después de la aleatorización. Los resultados secundarios incluyeron el impacto del tratamiento en la audición satisfactoria a los 6 y 12 meses, el alivio timpanométrico de la otitis media con derrame, los resultados otoscópicos, el estado de salud funcional y la calidad de vida relacionada con la salud.

Se consideraron elegibles niños de 2 a 8 años con tres meses o más de síntomas asociados con otitis media con derrame y pérdida auditiva bilateral. Los participantes fueron reclutados de 20 departamentos de otorrinolaringología, audiología pediátrica y medicina ambulatoria de Inglaterra y Gales. Se examinaron un total de 1.018 niños, de los cuales 389 fueron finalmente asignados al azar: 200 para recibir esteroides orales (prednisolona), y 189 para recibir placebo. Se consideró como resultado primario una audición aceptable confirmada por audiometría a las 5 semanas.

Las medidas de audición finales (5 semanas) se pudieron realizar en 183 niños del grupo esteroides orales y en 180 en el grupo de placebo. Se observó una audición aceptable en 73 (40%) niños del grupo de esteroides orales y en 59 (33%) del grupo de placebo. Hubo por tanto, una diferencia absoluta del 7% que llevó a la estimación de que uno de cada 14 pacientes tratados puede mejorar la audición. No se identificaron diferencias significativas con respecto a los eventos adversos y las medidas de calidad de vida entre los 2 grupos.

En base a estos resultados, los autores interpretan que en la otitis media con derrame en niños con pérdida auditiva documentada y síntomas atribuibles durante al menos 3 meses existe una alta tasa de resolución espontánea. Un curso corto de prednisolona oral no es un tratamiento efectivo para la mayoría de los casos, aun que se trata de un tratamiento bien tolerado.

Esta evidencia apoya los debates actuales sobre la espera vigilante y otras intervenciones en estos pacientes.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD.

Acreditado con 4,2 créditos



Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y cronicidad.

Acreditado con 6,6 créditos



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>