

OTALGIA PRIMARIA EN ADULTOS ¿CÓMO ENFRENTARLA EN APS? Parte I

Autor(a): Dra. Paulina Cuevas M, Residente Medicina Familiar PUC

Tutor(a): Dra. Paulina Rojas V, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Editor(a): Dra. Loreto González V, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

19 de noviembre del 2019

Resumen de portada:

Ante un paciente con otalgia, debemos recordar que hay otalgias primarias y secundarias, siendo las primeras de baja prevalencia en adultos, por lo que muchas veces se transforma en un desafío tanto en su diagnóstico como manejo.

En la primera parte de este artículo revisaremos la epidemiología de la otalgia y cómo realizar el diagnóstico de la otalgia primaria en adultos. En la segunda parte, se revisará el manejo de estas patologías según la literatura.

Palabras clave: otalgia, otitis aguda, membrana timpánica, APS, Medicina Familiar

La otalgia en adultos es una consulta común en APS. Es un síntoma de alguna enfermedad que puede estar localizada en el oído externo o medio (otalgia primaria) o también fuera del oído (otalgia secundaria, dolor reflejo). En adultos, la otalgia referida es mucho más frecuente, alcanzando más del 50% de los casos. La manera de realizar el diagnóstico de la otalgia es mediante una historia detallada y un examen físico completo^{1,2,3}.

La otalgia raramente es un síntoma aislado, por lo cual realizar una anamnesis y examen físico detallado, principalmente de cabeza y cuello, ayudará a determinar la causa.

Dentro de las otalgias primarias agudas (<6 semanas) más frecuentes en adultos están la otitis externa aguda (OEA) y otitis media aguda (OMA).

La otitis externa aguda, es una celulitis de la piel del conducto auditivo externo, con inflamación aguda y edema variable que puede localizarse en el canal auditivo o incluir partes del oído externo, como el pabellón auricular o el trago^{4,5}.

La incidencia máxima es entre los 5-14 años y alcanza un 5% en los mayores de 20 años^{5,6}.

La mayoría de los casos (>98%) tiene una etiología bacteriana, siendo la *P. aeruginosa* (38%), *S. epidermidis* (9%) y *S. aureus* (8%), los microorganismos más frecuentes. La infección por hongos representa del 2-10% de los casos de otitis externa, y ocurre con mayor frecuencia después del tratamiento de la infección bacteriana^{5,6}.

Por otro lado, la otitis media aguda es la inflamación del revestimiento mucoperióstico del oído medio. Ocurre con más frecuencia en niños que en adultos. La incidencia en niños y adultos de 15-24 años es de aproximadamente 4% y adultos entre 25-85 años 2-3%^{7,8}.

En Chile, no existen estudios de prevalencia en adultos⁹.

La microbiología de la OMA en adultos es similar a la observada en la población pediátrica, siendo los patógenos más comunes: *Streptococcus pneumoniae* (21%) y *Haemophilus influenzae* (26%). *Moraxella catarrhalis* (3%).

La infección por virus es de <10% de los casos y la coinfección con bacterias se presenta en >40% de los casos con otitis media aguda inducida por virus^{8,9}.

Como la prevalencia de ambas es baja en adultos, es un desafío al momento de enfrentarse a un paciente con otalgia y examen ótico alterado.

Para esto es necesario conocer los criterios diagnósticos de cada una de ellas.

Tabla 1: Criterios diagnósticos de la OEA son^{6,7}:

Inicio rápido (dentro de las 48 horas) en las últimas 3 semanas.	Síntomas inflamatorios del CAE: Otalgia (generalmente severa) Prurito Sensación de oído tapado Con o sin: Pérdida de audición o dolor mandibular	Signos inflamatorios del CAE: Sensibilidad del trago o sensibilidad al traccionar el pabellón auricular o ambos Edema o eritema del CAE o ambos Con o sin: Otorrea / Adenopatías, Eritema Timpánico, celulitis del pabellón auricular.
--	--	---

Hay que tener en consideración que el dolor que empeora con la tracción en el pabellón auricular o la palpación del trago es el sello distintivo de la OEA. Hay distintos grados de severidad de acuerdo con el edema y eritema del conducto auditivo externo, lo que determina tres grados: OEA leve, moderada y severa.

En la primera fase de la OEA el síntoma más llamativo suele ser el prurito, asociado o no a un discreto dolor espontáneo o causado al movilizar el pabellón auricular. En la segunda fase, el dolor es más intenso ya que el proceso inflamatorio aumenta considerablemente, lo que produce estenosis del conducto. Además, suele haber exudado, que cubre la piel del conducto y en la tercera fase, junto con dolor intenso y estenosis del conducto, aparece abundante exudado, que ocupa completamente la luz estenosada del conducto, dando la sensación de taponamiento e hipoacusia^{6,7}.

En el caso de la Otitis Media Aguda (OMA), el diagnóstico se confirma por la presencia de características típicas en el examen a la otoscopia, y las características claves incluyen^{9,10}:

Tabla 2: Criterios diagnósticos de OMA

Abombamiento de la membrana timpánica (LR + 20.3).	Reducción de la movilidad de la membrana timpánica cuando se aplica presión neumática o con maniobra valsalva (LR + 4.7).	Opacificación parcial o completa de la membrana timpánica o Eritema de la membrana timpánica (LR + 16).
--	---	---

El valor predictivo y la precisión de los hallazgos anormales del otoscopio se han estudiado en niños, pero no se ha informado en adultos con OMA. En una población pediátrica, la tríada de una membrana timpánica abombada, movilidad alterada y eritema u opacidad, predijeron el diagnóstico de OMA¹¹.

Conclusiones

- Las patologías del oído agudas como la otitis externa y la otitis media son poco prevalentes en adultos, en ocasiones genera un desafío diagnóstico y manejo en las consultas médicas.
- El diagnóstico de la OEA es clínico, con compromiso del conducto auditivo externo con distintos grados de severidad.
- La mayoría de los pacientes con OEA tienen alivio con la terapia tópica con antibiótico con o sin corticoides. La mayoría de las personas se sienten mejor dentro de las 48-72 horas y tienen síntomas mínimos o nulos a los 7 días. No hay datos sobre la eficacia de la terapia sistémica en la otitis externa aguda no complicada, usar en casos severos o en inmunosuprimidos.
- La falta de diferencia en la eficacia entre la mayoría de las preparaciones tópicas sugiere que la preferencia del paciente y el criterio médico son importantes en la selección de la terapia.
- La OMA ocurre con más frecuencia en niños que en adultos. La microbiología de la OMA en adultos es similar a la observada en la población pediátrica.
- La precisión de los hallazgos anormales del otoscopio no se ha estudiado en adultos, pero en niños, la tríada de una membrana timpánica abombada, movilidad alterada y eritema u opacidad, predicen el diagnóstico de OMA.

Referencias

1. Ried, Ernesto. Otagia, dolor en el oído. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2016, vol. 27, no 6, p. 892-897.
2. Armas, R., Gajewski, P., y cols. Medicina Interna Basada en la Evidencia 2019/20. Compendio. Síntomas. Capítulo 29 Otagia. 3era Edición. Mayo 2019.
3. Martínez, María Teresa. Otagia: ¿tiene una otitis media aguda? Actualización en Medicina de Familia, España. *AMF* 2014;10(1):26-30.
4. Goguen, L. External otitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate, August 2019.
5. Schaefer, Paul; BAUGH, Reginald F. Acute otitis externa: an update. *American family physician*, 2012, vol. 86, no 11.
6. Wipperman, J. Otitis externa. Atención primaria: clínicas en consultorio, volumen 41, número 1, 1-9
7. Lee, H., Kim, J., & Nguyen, V. (2013). Ear infections: otitis externa and otitis media. *Primary care*, 40(3), 671-686.
8. Limb, C. Otitis Media in adults. UpToDate, August 2019
9. Krause, Francisco J. Otitis media aguda. Diagnóstico y manejo práctico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2016, vol. 27, no 6, p. 915-923.
10. Guía Clínica de Otitis media aguda en adultos, Fistera. Julio 2017
11. Ramakrishnan, K., Sparks, R. A., & Berryhill, W. E. (2007). Diagnosis and treatment of Otitis Media. *American family physician*, 76(11).