

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

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:

En la primera parte de este artículo se revisó la epidemiología y cómo realizar el diagnóstico de la otalgia primaria en adultos. En esta segunda parte, se revisarán las medidas generales y manejo específico de estas patologías según la literatura.

Palabras clave: otitis aguda externa, otitis media aguda, antibióticos tópicos, antibióticos orales

OTITIS EXTRENA AGUDA (OEA)

El manejo de la otitis externa consiste tanto en medidas generales a recomendar a la población y medidas específicas según los hallazgos al examen físico. A continuación, se revisarán las recomendaciones según la evidencia disponible en adultos.

Recomendación 1: Medidas generales.

La medida más importante es no mojar el oído, una opción es insertar tapones antes de nadar. No realizar deportes acuáticos por 7 – 10 días post infección y en pacientes que utilicen audífonos se debería limitar su uso mientras duren las molestias y/o secreción. Por otro lado, evitar uso de cotonitos u otros dispositivos que puedan erosionar el CAE¹.

Recomendación 2: Manejo del dolor.

La mayoría de los pacientes con niveles leves a moderados de dolor de oído tendrán un alivio inmediato de la terapia tópica, con antibiótico con o sin corticoides¹.

No existe una indicación específica para usar gotas anestésicas tópicas, su uso puede enmascarar la progresión de la enfermedad subyacente^{1,2}.

Recomendación 3. Terapia tópica.

Una Revisión sistemática de la Cochrane del 2010, evaluó la efectividad de las diferentes intervenciones en la OEA. En general, no se observaron diferencias clínicamente significativas en las tasas de curación clínica entre las diversas intervenciones tópicas revisadas a excepción del uso de combinación de antibióticos/esteroides versus placebo^{1,3,4}.

- Antibiótico/esteroides versus placebo. El uso de ATB/esteroide tópico tiene un impacto mínimo en las tasas de curación clínica a los 5-10 días, con un OR 11 (IC 95% 2-60.5), con calidad de la evidencia baja.
- Antibiótico/esteroide versus antibiótico. Los resultados clínicos fueron similares en ambos grupos, en los días 7-9 días con OR 1.10 (IC 95% 0.44-2.74).
- Antibiótico/esteroide versus esteroide solo. La evidencia se limita a un ensayo, los resultados clínicos fueron similares en ambos grupos, con un OR 1.23 (IC 95% 0.62-2.43).
- Quinolona versus no quinolona. La evidencia se limita a un ensayo, se encontraron resultados clínicos similares en ambos grupos con OR 1.71 (IC 95% 0.40-7.23).

La terapia tópica es el tratamiento de primera línea y es altamente efectiva para el manejo de la OEA difusa no complicada, independiente del agente tópico utilizado, alrededor del 65-90% de los pacientes tuvieron resolución clínica en 7-10 días^{1,3}

Dentro de los efectos adversos más comunes son prurito (5-7%), inflamación del sitio de aplicación (4-5%). Otros efectos incluyen erupción cutánea, otalgia, mareos, vértigo, infección, disminución audición^{1,3,4}.

Recomendación 4. Antibióticos orales.

Aproximadamente del 20-40% de los sujetos con OEA reciben antibióticos orales, sin embargo, muchos de los antibióticos seleccionados son inactivos contra *P. aeruginosa* y *S. aureus*.

Existe una Revisión Sistemática que indica que no hay diferencias significativas en eficacia clínica entre ATB tópico vs ATB tópico + ATB oral, por otro lado, su uso aumenta efectos adversos^{1,3}. Expertos recomiendan su uso en casos severos, celulitis asociada, paciente con antecedentes de diabetes, inmunosupresión, por riesgo de complicaciones.

¿Cuándo derivar de forma urgente y diferida en la OEA no complicada?

Derivación urgente: En caso de celulitis subcutánea, focalización neurológica, otitis externa maligna, que se caracteriza por una otalgia discreta asociada en un 20-30% de los casos a parálisis facial, se debe sospechar en inmunosuprimidos, y en pacientes con DM2 descompensados (por la hipoperfusión tisular debido a la microangiopatía diabética) y que, si bien es un cuadro infrecuente, es una infección grave, que se puede extender al hueso temporal y puede ser mortal. Por otro lado, el síndrome de Ramsay Hunt, es un cuadro caracterizado por otalgia severa, asociado a aparición de vesículas en el canal auditivo externo, y parálisis del nervio facial, con alto riesgo de complicaciones (neuralgia postherpética, neuropatías, meningocelitis e incluso mielitis), y es más frecuente en inmunosuprimidos^{1,5}.

Derivación diferida: Si no hay mejoría con tratamiento en 24-48 horas, persiste dolor, otomiosis, ya que requiere aseo de hifas por otorrino y en otorrea persistente^{1,5}.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

No hay evidencia en adultos, pero algunas recomendaciones estudiadas en niños se pueden extrapolar.

Recomendaciones generales:

La evolución normal de la OMA es la mejoría significativa en 48 a 72 horas, por lo que la mayoría de los casos no precisan tratamiento antibiótico. Los pacientes que no tienen mejoría clínica a las 48-72 horas, deben recibir antibióticos, además en pacientes con otitis bilateral, otorrea, otalgia moderada a severa y fiebre⁶.

Recomendación 1. Terapia antibiótica.

La guía clínica de la Sociedad Española de Otorrinolaringología recomienda la Amoxicilina. La combinación de Amoxicilina-Ácido clavulánico, es opción ante una evolución desfavorable tras 48 horas de tratamiento con amoxicilina, en caso de pacientes que han recibido amoxicilina el último mes, o historia de OMA recurrente sin respuesta a Amoxicilina. En los pacientes alérgicos a la penicilina la recomendación es Cefalosporinas de 2da o 3era Generación, Azitromicina o Claritromicina⁶.

Recomendación 2: Dosis Antibiótica.

En general se indica amoxicilina 500 mg cada 8 horas o dosis más alta como 875 mg cada 12 horas. Según una Revisión sistemática de la Cochrane del 2013, donde se compara amoxicilina y amoxicilina/ac clavulánico 2 o 3 veces al día, se concluye que el tratamiento sería igualmente efectivo en 2 dosis diarias que en 3 dosis y el tratamiento con 2 dosis probablemente se asocia a mejor adherencia.

En pacientes con alto riesgo de infecciones graves o infecciones por *S. pneumoniae* (>65 años, inmunocomprometidos, o uso de antibióticos en el último mes), se recomienda el uso de 1 gr cada 8 horas^{7,8}.

Recomendación 3: Duración de Antibioterapia.

Faltan datos de alta calidad con respecto a la duración óptima de la terapia, pero en general se indica en infecciones leves a moderadas el tratamiento durante 5-7 días. En infecciones graves (pérdida auditiva significativa, dolor severo y / o eritema marcado de la membrana timpánica) se recomienda un ciclo de antibióticos de 10 días^{8,9}.

¿Cuándo derivar de forma urgente y diferida en la OMA no complicada?

Derivación urgente: en caso de: sospecha de mastoiditis, parálisis facial, vértigo e hipoacusia y signos de complicación intracraneal (meningitis, absceso subdural o cerebral)^{5,6}.

Derivación diferida: En otitis media recurrente, pérdida auditiva persistente después de una OMA, y en caso de perforación de la membrana timpánica crónica ^{5,6}.

Conclusiones:

- La terapia tópica es el tratamiento de primera línea y es altamente efectiva para el manejo de la OEA difusa no complicada, independiente del agente tópico utilizado.
- No recetar antimicrobianos sistémicos como terapia inicial para OEA difusa y sin complicaciones, solo usar en casos severos, celulitis asociada y paciente con antecedentes de diabetes, inmunosupresión, por riesgo de complicaciones.
- La evolución normal de la OMA es la mejoría significativa en 48 a 72 horas, los pacientes sin mejoría deben recibir antibióticos, en general Amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 5-7 días. En infecciones graves se extiende por 10 días.

Referencias

1. Rosenfeld, Richard M., et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa executive summary. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2014, vol. 150, no 2, p. 161-168.
2. Valencia CG, Valencia PG. Potassium diclofenac vs. placebo in acute otitis externa: a double-blind, comparative study [in Spanish]. *Invest Med Int*. 1987; 14:56-60.
3. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD004740. DOI: 10.1002/14651858.CD004740.pub2.g
4. Mösges, R, Nematian-Samani, M, Hellmich, M, Shah-Hosseini, K. A meta-analysis of the efficacy of quinolone containing otics in comparison to antibiotic-steroid combination drugs in the local treatment of otitis externa. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(10):2053-2060.
5. Ulloa, P. ORL de Clínica Universitaria de Concepción.
6. Fisterra. Guía Clínica Otitis Media Aguda en Adultos. Julio 2017
7. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibióticos para la otitis media aguda en niños. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2015, número 6. Art. No. : CD000219. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000219.pub4.
8. Thanaviratnanich S. Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
9. Kozyrskyj AL, Short-course antibiotics for acute otitis media. The Cochrane Collaboration, 2010.