

# Otitis media recurrente

F. del Castillo Martín

Coordinador del Servicio de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

## INTRODUCCIÓN

La otitis media aguda (OMA) es una de las enfermedades más frecuentes y, al mismo tiempo, uno de los procesos patológicos con un mayor porcentaje de recurrencias. Un estudio ya clásico realizado en Boston<sup>1</sup> puso de manifiesto que, en el primer año de vida, el 62,8 % de los niños presentaban al menos un episodio de otitis media aguda, el 16 % al menos 3 episodios y el 1 %  $\geq$  6 episodios. A los 3 años, la frecuencia  $\geq$  6 episodios era del 16 %, y a los 5 años del 30 %. En este mismo sentido, otros estudios<sup>2</sup> han documentado que, hasta los 3 años de vida, un 12 % de los niños presentan  $\geq$  6 OMA y que el 80 % de éstos tienen su primer episodio antes de los 6 meses de vida.

## FACTORES PREDISPONENTES

Según hemos señalado con anterioridad, la OMA es una enfermedad frecuente en los primeros años de vida, y esta recurrencia se encuentra favorecida por la presentación del primer episodio en los primeros meses de vida. Sin embargo, existen otros muchos factores que facilitan y predisponen a la recurrencia<sup>3</sup>. Entre los más importantes se encuentran:

1. Antecedentes familiares: el antecedente de tener un hermano con historia de OMA recurrente aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Seguramente, este factor está en relación con la constitución hereditaria de la trompa de Eustaquio.

2. Sexo: la OMA es más frecuente en niños que en niñas. Esto es propio de todas las enfermedades infecciosas durante la infancia.

3. Alimentación con lactancia artificial en los primeros meses de vida, debido a la presencia, en la leche materna, de agentes antiinfecciosos y, posiblemente, la menor asistencia a la guardería de los niños alimentados a pecho. La leche materna es, por tanto, un factor de protección.

4. Asistencia a la guardería. Es un factor de riesgo para contraer OMA y patógenos resistentes. El contacto íntimo y mantenido entre los niños, en especial entre niños pequeños, y la permanencia en un lugar cerrado facilitan esta predisposición.

5. Presencia de fumadores en el medio familiar. El humo del tabaco ambiental es un factor predisponente para padecer todo tipo de infecciones respiratorias en la infancia, y el riesgo es proporcional al número de miembros de la familia que fuman.

6. Clima. La OMA se contrae más fácilmente en los meses fríos. El elevado número de infecciones virales de la vía alta en esos meses resulta un factor predisponente para que la colonización bacteriana de la nasofaringe se convierta en una infección del oído medio.

## CONCEPTO

No existe una definición universalmente aceptada y claramente definida sobre el concepto de OMA recurrente, por lo que algunos autores señalan de manera genérica este concepto como la tendencia o propensión a padecer OMA (Prone AOM en la bibliografía anglosajona). Los términos se confunden y no coinciden en muchos autores. En general, se acepta como recurrencia cuando existen 4 o más episodios de OMA en 6 meses, o seis o más episodios en un año. No obstante, persiste el grave problema de definir cuándo se trata un nuevo episodio contabilizable como recurrente y cuándo es una simple recaída que no debería ser considerada como tal. Una posibilidad es considerar que se trata de una recaída cuando el microorganismo causal es el mismo en ambos episodios, y una recurrencia cuando son distintos. Sin embargo, los estudios realizados con timpanocentesis dirigidos en este sentido resultan habitualmente confusos. Un estudio realizado hace años<sup>4</sup> reveló que nueve de 13 episodios de OMA separados entre sí menos de un mes presentaban el mismo microorga-

nismo, mientras que 14 de 19 OMA separados más de un mes presentaban gérmenes distintos. Los autores consideraron que el período de un mes puede servir para diferenciar una recaída de una recurrencia. Sin embargo, en otro estudio posterior se han hallado resultados muy distintos<sup>5</sup>. Doce de 16 casos con OMA de repetición separados menos de un mes presentaban un patógeno diferente, y sólo cuatro el mismo, lo que no confirma que la recaída temprana sea provocada por un mismo agente inicial.

Sin embargo, al margen de definiciones más o menos precisas, y dada la situación de confusión actual y el solapamiento de algunos fenómenos, resulta imprescindible establecer algunos puntos concretos que sirvan de orientación práctica para una máxima exactitud a la hora de considerar la OMA recurrente. Por tanto, nos referiremos a los siguientes aspectos:

- Distinción práctica entre recurrencia y recaída (OMA persistente).
- Diferenciación entre OMA y otitis media secretora (OME en bibliografía anglosajona).
- Diferenciación entre recaída y fracaso terapéutico.

### **OMA persistente**

Se trataría de una recaída temprana de una OMA, dentro de la primera semana, y, por tanto supuestamente, una OMA causada por el mismo microorganismo que el episodio previo, haya éste sido tratado o no. Esto es lo que proponen teóricamente algunos autores<sup>6</sup>, y parece una propuesta sensata. Esta OMA persistente o recaída temprana no debe considerarse como un fracaso terapéutico, siempre que el niño se haya curado previamente del todo (desaparición de la otalgia o la otorrea y mejoría de la otoscopia), ya que estudios microbiológicos demuestran que, con frecuencia, el cultivo del exudado de estos casos es estéril o crece una bacteria sensible al antibiótico administrado. No se conoce bien la causa de esta recaída temprana paradójica. Algunos autores<sup>7</sup> han señalado que la infección en la cavidad del oído medio con una trompa de Eustaquio cerrada, circunstancia muy frecuente en niños pequeños, es una situación de infección en un espacio cerrado, muy semejante a lo que ocurre en los abscesos, en los que sólo su apertura o la antibioterapia prolongada pueden solucionar el problema.

### **OMA recurrente**

Deberíamos clasificar una OMA como recurrente cuando existen 4 episodios diferentes en 6 meses, o 6 episodios distintos en un año, considerando como episodio diferente, y a falta de cultivos que confirmen

la presencia de patógenos distintos, el separado por más de un mes. El problema surge cuando esa separación es de una semana a un mes, un terreno de nadie donde se solapan la OMA recurrente temprana y la persistente tardía. En este caso de separación superior a una semana, es preferible considerar un tiempo inferior a un mes también como una recurrencia –episodio nuevo– más que como persistencia –el mismo episodio–. Por tanto, OMA recurrente será toda aquella que ocurra más allá de una semana de la precedente.

### **Diferenciación entre OMA persistente y fracaso terapéutico**

Como hemos señalado, la recaída temprana u OMA persistente está frecuentemente causada por el mismo patógeno que el episodio anterior, el cual, en general, es sensible al tratamiento administrado. Por ello, no debemos considerarlo como un fracaso en sentido estricto. En cambio, sí debería considerarse un fracaso cuando el enfermo no mejora al iniciar el tratamiento, manteniendo los síntomas en mayor o menor medida desde el primer momento. En estos casos, aunque no siempre, se aísla un microorganismo resistente que explica el fracaso.

### **OMA frente a otitis media secretora (OME)**

En la actualidad no se dispone de criterios diagnósticos precisos y universales para la OMA. Aunque existe una corriente actual que sólo utiliza la otalgia o la otorrea reciente como únicos síntomas específicos<sup>8</sup>, otros muchos autores siguen incluyendo en el diagnóstico la fiebre, el catarro u otros síntomas menores. Esto provoca que, si en la otoscopia se detecta algún signo patológico, el pediatra considere que se trata de una OMA, cuando en muchos casos es simplemente una OME en un niño febril o acatarrado. Este hecho ha conducido a Bluestone a afirmar que estamos sobrediagnosticando la OMA<sup>9</sup>. Para evitar este solapamiento entre ambos procesos, en la actualidad se tiende a considerar la otalgia o la otorrea reciente como síntomas exclusivos de OMA y, en su ausencia, un abombamiento con un fuerte enrojecimiento timpánico.

## **TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS**

### **Tratamiento de la OMA persistente**

El tratamiento será el mismo que el utilizado en el episodio anterior pero, en este caso, manteniendo el antibiótico durante un mayor número de días. Si se pautó durante 7 días, deberá administrarse ahora durante 10-12 días. Si se utilizó 10 días, se prolongará a

15 días. En algunos casos es necesario realizar un tratamiento de 3 semanas o llevar a cabo una timpanocentesis. No se debe emplear una terapia agresiva de amplio espectro.

### Tratamiento de la OMA recurrente

El tratamiento de cada episodio será como el de cualquier OMA esporádica. Sin embargo, en este tipo se deberá valorar la indicación de profilaxis antibiótica y la vacunación frente al neumococo y la gripe.

La profilaxis es controvertida y se encuentra en revisión, ya que reduce 0,1-0,2 episodios de OMA por mes de tratamiento<sup>10</sup>, pero favorece las resistencias bacterianas, al mantener en los niños dosis subterapéuticas durante meses. La dosis reconocida es de 20 mg/kg de amoxicilina administrada una vez al día en los meses fríos. No se debe utilizar azitromicina continua. Sin embargo, la dosis de amoxicilina resulta insuficiente en países como el nuestro, con una alta prevalencia de neumococo resistente a la penicilina. Como alternativas, no avaladas científicamente, se podría considerar la amoxicilina a dosis de 40 mg/kg una vez al día en los meses de invierno<sup>11</sup>, o la administración de un tratamiento de amoxicilina a dosis de 80 mg/kg/3 veces día ante todo catarro, manteniendo esta dosis sólo los días que dure éste.

La vacuna frente a neumococo reduce en un 6 % el número de casos de OMA, porcentaje que se sitúa entre el 9 y el 36 % cuando el enfermo presenta una OMA recurrente<sup>12,13</sup>. Por tanto, aunque las autoridades sanitarias no lo recogen en sus indicaciones, la vacuna conjugada frente a neumococo estaría recomendada en niños con OMA recurrente correctamente definida y diagnosticada. Estos casos se benefician igualmente de la vacunación frente al virus de la gripe<sup>14</sup>.

### Tratamiento del fracaso terapéutico

Si el enfermo ha sido tratado con cefalosporina, amoxicilina-ácido clavulánico clásico o macrólidos, se cambiará a amoxicilina, 80 mg/kg, o amoxicilina-ácido clavulánico en la nueva formulación a dosis de 80 mg/kg/día. Si el enfermo recibe tratamiento con amoxicilina a dosis bajas, éstas se incrementarán a 80 mg/kg. Si ya está tomando esta dosis, se utilizará la nueva formulación de amoxicilina-ácido clavulánico a

dosis de 0,8 ml/kg. En caso de que ya utilice esta última dosis, se indicará la realización de una timpanocentesis. Si no es posible llevarla a cabo, se pautará ceftriaxona, 50 mg/kg/ día intramuscular, durante 3 días.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Teele DW, Klein JO, Rosner BA. 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.
2. Harsten G, Prellner K, Heldrup J, Kalm O, Kornfalt. Recurrent acute otitis media. *Acta Otolaryngol* 1989;107:111-9.
3. Daly KA, Giebink GS. Clinical epidemiology of otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:S31-6.
4. Barenkamp SJ, Shurin PA, Marchant CD, Karasic RB, Pelton SI, Howie VM, et al. Do children with recurrent *Haemophilus influenzae* otitis media become infected with a new organism or reacquire the original strain? *J Pediatr* 1984;105:533-7.
5. Carlin SA, Marchant CD, Shurin PA, Johnson CE, Muddell-Panek D, Barenkamp SJ. Early recurrences of otitis media: Reinfection or relapse? *J Pediatr* 1987;110:20-5.
6. Giebink GS, Canafax DM. Controversies in the management of acute otitis media. En: Aronoff SC, Hughes WT, Kohl S, Speck WT, Wald ER, editors. *Advance in pediatric infectious disease*. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc., 1988; p. 47-64.
7. Paradise JL. Treatment guidelines for otitis media: The need for breadth and flexibility. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:429-35.
8. Del Castillo Martín F. Otitis media aguda: criterios diagnósticos y aproximación terapéutica. *An Esp Pediatr* 2002;56 (Supl 1):40-7.
9. Bluestone CD. Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:S37-46.
10. Rosenfeld RM. An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1165-81.
11. Klein JO. Noimmune strategies for prevention of otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:S89-92.
12. Black S, Shinefield H, Fireman B, Lewis E, Ray P, Hansen JR, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:187-95.
13. Eskola J, Kilpi T, Palmu A, Jokinen J, Haapakoski J, Herva E, et al. Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med* 2001;344:403-9.
14. Moraga Llop FA, Campins Martí M. Importancia de la gripe en el niño. Vacuna antigripal intranasal: ¿otra inmunización sistemática? *An Esp Pediatr* 2000;53:299-304.