

TEMA 3. OÍDO MEDIO

1. OTITIS MEDIA SUPURADA AGUDA

1.1. CONCEPTO

Proceso infeccioso caracterizado por la **presencia de líquido purulento en el oído medio**.

1.2. ETIOLOGÍA

Suele deberse a infección por vía ascendente (tubárica) desde la rinofaringe. Están implicados: **Streptococo Pneumoniae** (el germen más frecuente), *Moraxella Catarrhalis*, *H influenzae*.

1.3. CLÍNICA

- **Otalgia intensa, pulsátil** (aparece con frecuencia tras una infección del árbol respiratorio), que cede si se perfora el tímpano, apareciendo otorrea.
- Hipoacusia de transmisión. Acúfenos.
- Membrana timpánica hiperémica y abultada que puede romperse ocasionando otorrea.
- Mayor incidencia en niños entre los 6 meses y los 3 años.



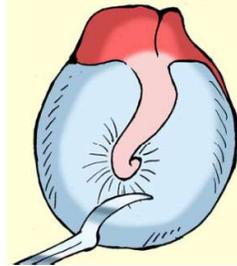
Otitis media aguda supurada bacteriana. Tímpano hiperémico y abultado.



Otorrea en otitis media supurada aguda

1.4. TRATAMIENTO

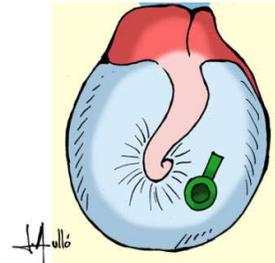
- El 80% de los casos evolucionan a la curación espontánea.
- **Amoxicilina a dosis altas o Amoxicilina + ac. clavulánico** (muchos casos no precisan tratamiento antibiótico, pero no existe consenso generalizado en cuanto al tratamiento, es tema controvertido).
- Además, se usan analgésicos tipo paracetamol.
- **Paracentesis** en cuadrante anteroinferior y drenaje si:
 1. Síntomas generales, otalgia y fiebre
 2. Mastoiditis, paresia facial o meningitis
 3. Abombamiento timpánico intenso.



Paracentesis

Si hay otitis medias aguda de repetición:

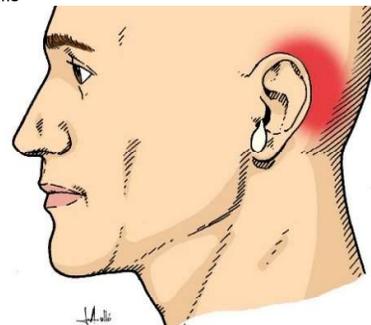
- Antibióticos sistémicos en cada episodio.
- Profilaxis de mantenimiento (amoxicilina a dosis baja 3-6 meses)
- Ante un niño con hipertrofia adenoidea y otitis medias recidivantes el tratamiento más adecuado es adenoidectomía y miringotomía con colocación de tubos de drenaje.



Tubo de drenaje

POSIBLES COMPLICACIONES:

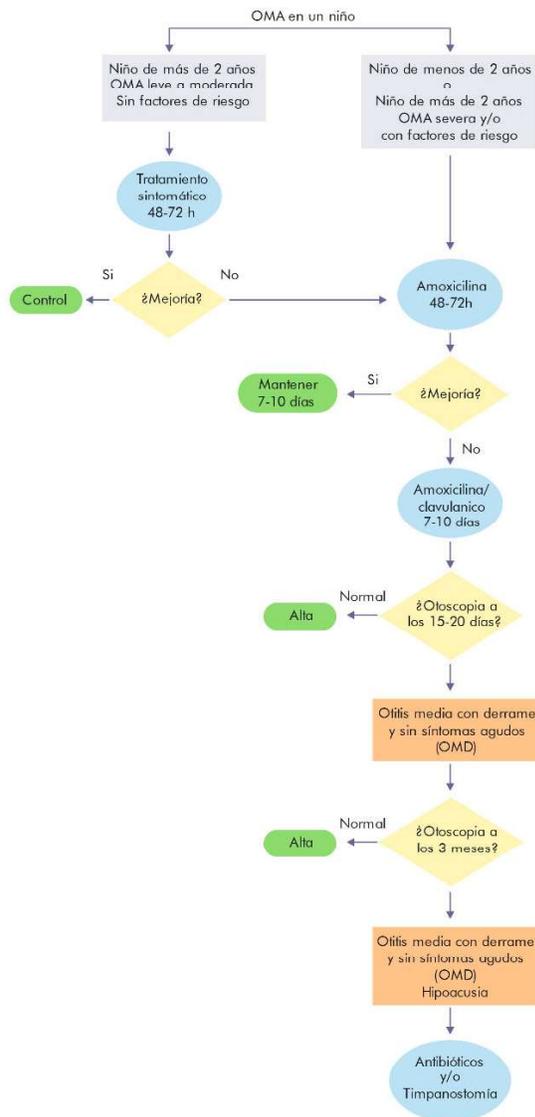
- Mastoiditis,
- Parálisis facial
- Laberintitis
- Petrositis.
- Meningitis



Mastoiditis



TC de base de cráneo con reconstrucción axial que muestra una ocupación de las mastoides del lado derecho en relación con mastoiditis.



OMA: otitis media aguda

PAÍS VASCO 1991: ¿Cuál es el agente infeccioso más frecuente implicado en la otitis media del adulto?

1. Estafilococo aureus
2. Estreptococo del grupo A
3. Klebsiella
4. Branhamella catarrhalis
5. Pneumococo*

PAÍS VASCO 1998: ¿Cuál de los siguientes gérmenes raramente es causal de las otitis medias?

1. Streptococcus pneumoniae
2. Haemophilus influenzae
3. Branhamella catarralis
4. Klebsiella pneumoniae*

VALENCIA 1999: Todas las siguientes excepto una, son actitudes correctas ante un niño con episodios de otitis media aguda de repetición:

1. Antibioterapia apropiada en cada caso.
2. Profilaxis antimicrobiana de mantenimiento.
3. Miringotomía y timpanostomía con inserción de tubos de drenaje.
4. Administración tópica de antibióticos en cada episodio.*

CASTILLA Y LEÓN 2007: En un niño con otitis media aguda, señalar la afirmación INCORRECTA:

- a) Alrededor del 50% su etiología es vírica.
- b) Se discute la conveniencia del tratamiento inicial con antibióticos en casos no complicados.
- c) Puede estar indicado el tratamiento inicial con analgésicos por vía oral.
- d) El cuadro suele complicarse en muchas ocasiones.*

NAVARRA 2007: De entre los siguientes microorganismos, señale cuál es el más frecuentemente implicado en la otitis media aguda:

- a) Pseudomona aeruginosa
- b) Haemophilus influenzae*
- c) Mycoplasma pneumoniae
- d) Staphylococcus aureus

CASTILLA-LA MANCHA 2010: Un paciente con otalgia severa pulsátil, tímpano engrosado, hiperémico y abombado, con perforación espontánea y otorrea pulsátil, acompañado de sordera de transmisión severa nos orienta a:

- a) Otitis externa difusa
- b) Otitis media aguda*
- c) Otitis media crónica supurada
- d) Otitis media crónica colesteatomatosa

EXTREMADURA 2013 (A. CONTINUADA): Un niño de 2 años diagnosticado de otitis media aguda y tratado con amoxicilina oral desde hace 3 días, continúa con fiebre, tendencia al sueño y vómitos proyectivos ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?

- a) Otitis media aguda de origen vírico.
- b) Otitis media aguda resistente a la amoxicilina.
- c) Mastoiditis.
- d) Meningitis.*

MADRID 2014: Respecto al tratamiento en las otitis señale la afirmación FALSA:

- a) En la otitis media serosa el tratamiento de elección inicial lo constituyen las medidas no farmacológicas.
- b) En la otitis externa difusa aplicar ácido acético al 2% en solución acuosa (2-4 gotas/8 horas/7-10 días en adultos).
- c) En la otitis media aguda son factores de riesgo todos los siguientes: edad menor de dos años, otitis de repetición y haber recibido antibioterapia durante el mes previo.
- d) Alrededor de la mitad de los casos de otitis media aguda se resuelven espontáneamente sin antibióticos.

CANARIAS 2014: En la otitis media aguda del adulto, al inicio el tímpano se mostrará:

- a) Perforado central o totalmente.
- b) Perforado marginalmente.
- c) Opaco, abombado y congestivo.
- d) Pálido o normal.

GALICIA 2018: En relación a la otitis media aguda, señale la respuesta CORRECTA:

- a) El germen más frecuentemente implicado en el adulto es el estreptococo pyogenes.
- b) Cursa con hipoacusia de percepción unilateral.
- c) En el 80-90 por ciento de casos se resuelven espontáneamente sin antibiótico y sin aumento del número de secuelas o complicaciones.*
- d) En el caso de tratar con antibiótico, la elección inicial será amoxicilina-clavulánico en paciente adulto sin factores de riesgo o alergia.

2. OTITIS MEDIA SECRETORA O SEROSA

2.1. CONCEPTO

- **Acúmulo de material sero-mucoso en el oído medio**, que produce una sordera de transmisión.
- Relacionada con el **cierre o mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio**, que comunica el oído medio con la nasofaringe, esto ocasiona una presión negativa en la caja del tímpano.
- La otoscopia muestra retracción timpánica.
- En **adulto** puede ser la primera manifestación de **carcinoma de cavum**. En **niños** suele deberse a **hipertrofia adenoides**

2.2. CLÍNICA

- Otorrea indolora, unilateral
- Hipoacusia de transmisión
- No hay dolor ni fiebre.



La trompa de Eustaquio comunica el oído medio con la nasofaringe

2.3. DIAGNÓSTICO

- Por **otoscopia**.
- Lo más frecuente además del acúmulo de material es un tímpano mate de coloración amarillenta o con niveles líquidos. El tímpano **NO** está enrojecido.



La otitis media secretora es una patología que se debe a la alteración de la ventilación y del drenaje del oído medio.

2.4. TRATAMIENTO

- El **antibiótico, no altera su evolución**.
- En 50-80% resolución espontánea.

Se hará un seguimiento otoscópico periódico, y en aquellos casos en los que pueden aparecer secuelas (retracción timpánica) o que se perpetúen (más de 6-8 semanas): Drenaje transtimpánico. Dejar un tubo de drenaje si el derrame persiste más de 12 semanas.

3. OTITIS MEDIA CRÓNICA

Inflamación crónica del oído medio que produce **otorrea purulenta crónica** o recidivante. Cursa con **hipoacusia** (variable en función de las lesiones del tímpano y de la cadena osicular). **No hay otalgia**.



La imagen muestra, marcada con el número 1: una masa blanquecina que protruye en cuadrante posterosuperior, por detrás del martillo, correspondiente a un colesteatoma, y 2: líquido seroso en caja timpánica visualizado por transparencia.

3.1. OTITIS MEDIA SUPURADA CRÓNICA

- **ETIOLOGÍA:** pseudomona, S aureus.
- **CLÍNICA:** **otorrea indolora mucopurulenta** crónica o intermitente, no fétida. Hipoacusia de conducción. **NO** hay otalgia. **Perforación timpánica central** (pars tensa).
- **TRATAMIENTO:** Etiológico (rinitis, sinusitis, alergia). Limpieza y aspirados del conducto auditivo externo. Evitar la entrada de agua en el oído. El drenaje quirúrgico de las áreas infectadas del oído medio, seguido de un ciclo prolongado de colirios antibióticos por vía tópica (fluorquinolonas) es el pilar terapéutico en la otitis media supurativa **crónica**. Reconstrucción (timpanoplastia) tras 3-6 meses sin otorrea.

MADRID 2009: En un paciente que acude a consulta refiriendo otorrea mucopurulenta intermitente sin dolor y que en la exploración presenta una perforación central timpánica, el diagnóstico de sospecha será:

- Otitis media difusa
- Otitis media crónica colesteatomatosa
- Otitis media aguda
- Otitis media crónica supurada*

MURCIA 2018: Las complicaciones intracraneales de la otitis media crónica no incluyen:

- Abceso extradural.
- Parálisis facial.*
- Meningitis.
- Trombosis del seno lateral.

3.2. COLESTEATOMA

1. CONCEPTO

El colesteatoma es epitelio escamoso queratinizado (piel) que crece dentro del oído medio y destruye el hueso circundante. Se piensa que una presión negativa mantenida en el oído medio (otitis media secretora) puede provocar una invaginación del epitelio estratificado queratinizado de la membrana timpánica en el interior del oído medio.

2. CLÍNICA

- **Otorrea fétida** intermitente acentuada en procesos catarrales y por entrada de agua en CAE. Habitualmente **no hay otalgia ni fiebre, salvo complicaciones.**
- Puede asociar **vértigo** si se afecta el conducto semicircular horizontal.
- **Hipoacusia** de transmisión, aunque inicialmente el propio colesteatoma actúa de trasmisor del sonido. También hipoacusia mixta (si hay destrucción del oído interno).
- **Otoscopia:** Perforación timpánica marginal (pars flácida y/o annulus)

3. TRATAMIENTO

- Cirugía
- **Ante el diagnóstico o la sospecha:** remitir al otólogo.



En el tratamiento del colesteatoma, las medidas terapéuticas conservadoras, no permiten la curación. El tratamiento quirúrgico consiste en mastoidectomía radical (ático, caja del tímpano, antro y espacios neumáticos de la mastoides) y timpanoplastia.

PAÍS VASCO 96: Una otorrea intermitente y fétida, sin otalgia, es sugestiva de:

1. Otitis externa maligna
2. Colesteatoma*
3. Otomicosis por *Aspergillus niger*
4. Otomicosis por *Cándida albicans*

PAÍS VASCO 2002: Ante un paciente con perforación timpánica central con otorrea episódica no fétida, que acude a consulta por otalgia y otorragia. Usted actuaría:

1. Tratamiento tópico con gotas de antibiótico ante la sospecha de infección aguda de una otitis crónica media secretora.
 2. Tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral ante la sospecha de infección aguda de una otitis crónica media secretora.
 3. Derivación para estudio de posible colesteatoma.
 4. Derivación para descartar carcinoma de oído medio.*
- Resulta difícil elegir entre las opciones 3 y 4; las dos pueden ser correctas, quizás la presencia de otorragia y el que la otorrea no sea fétida... nos haría pensar primero en el tumor.

ASTURIAS APD 2008: ¿Cuál de las siguientes patologías es causa de hipoacusia de percepción?

- a) Colesteatoma.
- b) Otosclerosis.
- c) Presbiacusia.*
- d) Tapón de cerumen.

CANARIAS 2014: El colesteatoma no complicado se caracteriza por:

- a) Otolgia.
- b) Otorrea intermitente y fétida.
- c) Síndrome vertiginoso.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

ANDALUCIA 2016: ¿Qué es el colesteatoma?

- a) Pequeña protrusión ósea dura en el canal auditivo
- b) Aparición de líquido en el oído medio sin evidencia de infección
- c) Formación de epitelio escamoso queratinizado en el oído medio
- d) Perforación del tímpano

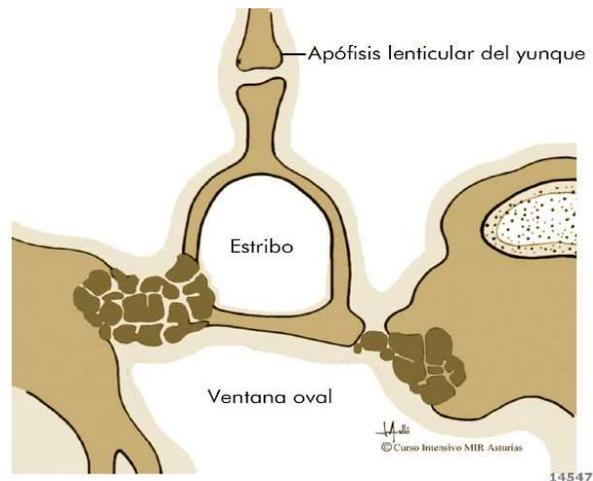
4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN OTITIS

1. Sospecha de **colesteatoma**
2. Persistencia de **hipoacusia**
3. **Persistencia de perforación timpánica**
4. **Acúfenos con otoscopia normal**
5. **Otitis secretora** persistente **más de 4 meses.**
6. Sospecha de **otitis maligna externa.**
7. Parálisis facial
8. Vértigo

5. OTOESCLEROSIS

5.1. CONCEPTO

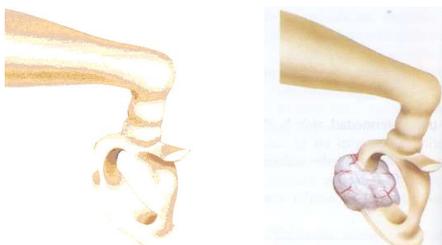
- Focos de otosclerosis que pueden producir una anquilosis **estapedio-vestibular**, produciendo una **hipoacusia de transmisión.**
- Puede ser uni o bilateral.



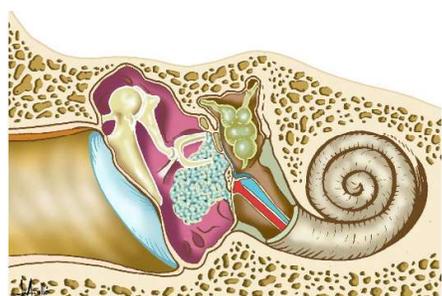
5.2. EPIDEMIOLOGÍA

- Es la **causa más frecuente de hipoacusia de transmisión en el adulto**, con membrana timpánica normal.
- Es más frecuente **entre mujeres adultas de raza blanca**.
- **Empeora con el embarazo**.
- Puede aparecer aislada o en el contexto de: Enfermedad de Paget, osteítis fibrosa, osteogénesis imperfecta...

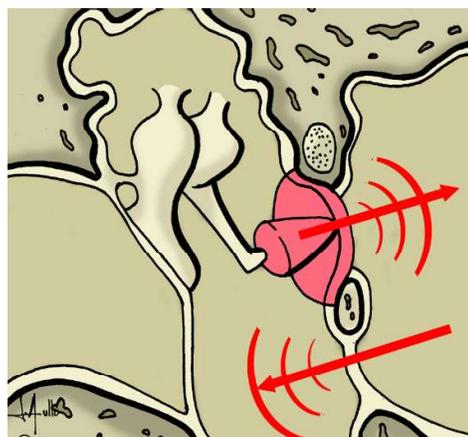
En 50-60% de los casos herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta.



Anquilosis estapedio-vestibular



Otosclerosis



El tratamiento de la otosclerosis es la estapedectomía y sustitución por una prótesis

5.4. CLÍNICA

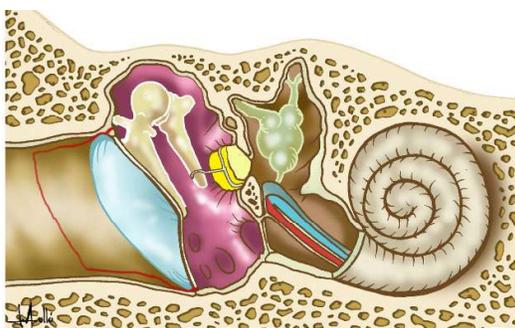
- Hipoacusia de conducción (85%) o mixta (15%), progresiva, bilateral.
- Acúfenos constantes.
- Resonancia de su propia voz.
- **Paracusia de Willis** (oye mejor en ambientes ruidosos).
- Caída de la audición por vía ósea a 2000Hz casi patognomónico de la otosclerosis.
- Si los focos de otosclerosis afectan a zonas de la cóclea puede aparecer también hipoacusia de percepción.

5.5. EVOLUCIÓN

Peor cuanto antes se manifieste.

5.6. TRATAMIENTO

Estapedectomía y sustitución por una prótesis.



NAVARRA 2003: ¿Cuál de los siguientes procesos causantes de hipoacusia se manifiesta como hipoacusia de transmisión?

1. Hidrops endolinfático
2. Trauma acústico
3. Otosclerosis
4. Hipoacusia por aminoglucósidos
5. Hipoacusia autoinmune del lupus eritematoso sistémico.

MURCIA 2009: Al efectuar la prueba de Weber en un paciente con otosclerosis unilateral:

- a) El sonido se lateraliza al oído con mejor audición.
- b) El sonido se lateraliza al oído con peor audición.*
- c) El sonido se oye igual por ambos oídos.
- d) Comienza oyéndose mejor por el oído de mejor audición y después se oye mejor por el de peor audición.

MURCIA 2009: La causa más importante de sordera de conducción y progresiva en el adulto con membrana timpánica normal es:

- a) Carcinoma de células escamosas.
- b) Enfermedad de Ménière.
- c) Otosclerosis.*
- d) Otitis media crónica.

PAÍS VASCO 2011: Paciente que consulta por presentar hipoacusia progresiva OD. En la prueba de los diapasones: Rinne es negativo en el OD, siendo la prueba de Weber positivo en el lado afecto. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- a) Neurinoma del acústico
- b) Laberintitis
- c) Presbiacusia
- d) Otosclerosis*

CAUSAS DE OTORREA

Otitis externa inflamatoria
Otitis externa maligna
Otitis media supurada
Otitis media secretora
Colesteatoma

CAUSAS DE OTALGIA

Otitis externa inflamatoria
Otitis externa maligna
Otomycosis
Otitis media supurada