

¿ES NECESARIO TRATAR LA OTITIS SEROSA EN NIÑOS?

Sumario

1. Introducción
2. Diagnóstico
3. Tratamiento
 - Espera vigilada
 - Tratamiento farmacológico
 - Cirugía
 - Otros tratamientos
4. Consejos para los padres

"El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población"

La opción de tratamiento más recomendable es la espera vigilada

1. Introducción

La otitis serosa (OS) se define como un acúmulo de secreciones en el oído medio, en ausencia de signos o síntomas de infección aguda¹⁻³. La persistencia de fluido en el oído medio provoca una reducción en la movilidad de la membrana timpánica y hace de barrera para la conducción del sonido³. **Es una enfermedad generalmente autolimitada en el tiempo y que raramente requiere tratamiento.**

La OS es la causa más frecuente de pérdida de audición en la infancia y puede afectar negativamente al desarrollo del lenguaje¹. Su etiología es multifactorial: con frecuencia se aprecia una disfunción de la trompa de Eustaquio, y hasta en el 50% de los casos aparece tras un episodio de otitis media aguda². Otros factores que contribuyen a la OS son: infecciones virales o bacterianas, hipertrofia adenoidea, alergias nasales o reflujo gastroesofágico². Se han identificado también algunos factores de riesgo que prácticamente duplican la probabilidad de que los niños sufran OS, como son: fumar en casa, asistencia a guarderías, uso de chupete, convivencia de varios hermanos, grupos sociales desfavorecidos, frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior, lactancia artificial, sexo masculino, historia familiar de hermanos con OS, o los meses de invierno^{1,2}.

Su prevalencia es difícil de conocer debido a que la ausencia de sintomatología conduce a un infradiagnóstico³. **La mayoría de los niños tienen secreciones en el oído medio en algún momento durante la infancia, pero habitualmente son transitorias y a menudo asintomáticas.** Sólo en algunos casos las secreciones persisten en el tiempo, durante meses o incluso años, pudiendo causar pérdida auditiva que potencialmente podría empeorar el desarrollo del lenguaje⁴. En adultos la OS es infrecuente, aunque puede aparecer tras infecciones del tracto respiratorio superior, viajes aéreos o en buceadores².

La estrategia de tratamiento óptima continúa siendo controvertida, debido a que en la mayoría de los casos su curación es espontánea y a que los tratamientos utilizados habitualmente se han mostrado ineficaces. En este número del INFAC vamos a tratar de resumir la evidencia disponible hasta el momento sobre el tratamiento de la OS.

2. Diagnóstico

Diagnosticar correctamente la OS es fundamental para su adecuado abordaje. Debe diferenciarse de la otitis media aguda puesto que sus tratamientos son diferentes^{3,5} (ver tabla 1).

El método que ha mostrado los mejores resultados para el diagnóstico es la otoscopia neumática (94% de sensibilidad y 80% de especificidad frente a la miringotomía, que se considera el patrón oro). La timpanometría debería utilizarse para confirmar el diagnóstico³.

En caso de no disponer de estos métodos diagnósticos, y utilizarse la otoscopia convencional, se han propuesto los siguientes criterios:

a) presencia de al menos dos alteraciones de la membrana timpánica (color alterado, opacificación diferente de cicatrizaciones y movilidad disminuida o ausente) y b) membrana timpánica vista al otoscopio retraída o cóncava con color alterado. Pueden encontrarse burbujas o algo de aire y aunque no es típico, también puede aparecer abombamiento^{2,4}.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de otitis media aguda (OMA) y otitis serosa (OS)⁴

	Dolor de oído Fiebre, Irritabilidad	Líquido en el oído medio	Membrana timpáni- ca opaca	Abombamiento membrana timpánica	Movilidad membrana timpánica alterada	Pérdida auditiva
OMA	Presente	Presente	Presente	Puede estar presente	Presente	Presente
OS	Normalmente ausente	Presente	Puede estar ausente	Normalmente ausente	Presente	Normalmente presente

3. Tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento son eliminar la efusión, restaurar la audición normal y prevenir, en lo posible, futuros episodios¹. La OS habitualmente se resuelve sin intervención médica en la gran mayoría de los pacientes, por lo que **la mejor opción de tratamiento es la espera vigilada**¹⁻⁴. Otras opciones de tratamiento utilizadas a lo largo del tiempo son los corticoides, antibióticos, antihistamínicos, descongestionantes, mucolíticos o la autoinsuflación¹⁻⁵. La cirugía es una opción válida en determinados pacientes^{2,3,5}.

• Espera vigilada¹⁻⁴

Se recomienda la espera vigilada («*watchful waiting*»), siempre con un seguimiento continuado del niño, ya que esta otitis suele ser generalmente autolimitada. La espera vigilada se ha mostrado como una opción segura para la mayoría de niños con OS.

El niño debe derivarse al especialista si:

- Existe una pérdida de capacidad auditiva
- Persiste la OS durante más de 3 meses
- Existe sospecha de retraso en el lenguaje o en el desarrollo
- Se aprecia presencia de signos o síntomas que dificultan el diagnóstico

• Tratamiento farmacológico

Las principales Guías de Práctica Clínica, incluyendo la de la American Academy of Pediatrics, **coinciden en**

no recomendar el tratamiento farmacológico en el manejo de la OS²⁻⁴. Estos son los datos en los que se basan estas recomendaciones.

- **Corticoides:** una revisión Cochrane, que incluyó 11 ensayos controlados aleatorizados con 731 pacientes tratados con corticoides orales e intranasales tópicos, concluyó que existe evidencia limitada de que el tratamiento de la OS con corticoides orales, solos o en combinación con antibióticos, pueda mejorar la resolución del exudado a corto plazo (alrededor de dos semanas). Sin embargo, este beneficio no se mantiene en periodos superiores a un mes. No se han evaluado sus efectos sobre la mejora de la audición⁶. Los corticoides orales están asociados a efectos adversos, sobre todo en niños².

Actualmente no está recomendado el uso de corticoides tópicos ni sistémicos

En cuanto al uso de corticoides intranasales, en los pocos estudios disponibles no se ha visto mejoría de los síntomas de la OS⁶. Se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado promovido por la Health Technology Assessment británica sobre el uso de corticoides intranasales en niños con OS cuyos resultados se esperan para comienzos del año 2009⁷.

Por otra parte, se ha postulado que el uso de corticoides intranasales podría ser beneficioso en la resolu-

ción de la OS en los pacientes que además tengan rinitis alérgica, sin que tampoco se haya podido demostrar esta hipótesis. Con los datos disponibles en la actualidad no es posible confirmar el papel de la rinitis alérgica en la etiología de la OS³. También se ha especulado mucho sobre la relación entre la alergia y la OS, sin que a día de hoy se haya llegado a ninguna conclusión. No se han llevado a cabo estudios prospectivos que examinen los efectos de la inmunoterapia frente a otras opciones³.

- **Antibióticos:** los antibióticos no están recomendados en el tratamiento de la OS^{2,3,8}. Aunque existe una limitada evidencia de que pueden ser de utilidad a corto plazo, este efecto no se mantiene a largo plazo (a partir de un mes tras finalizar el tratamiento), y pueden causar efectos adversos^{2,3,8}. Varias revisiones sistemáticas han estudiado el efecto de los antibióticos en la OS con resultados que varían desde la no mejora hasta la mejora de la otorrea al principio (no más allá de un mes)^{2-4,8,10}. **La probabilidad de que la OS se resuelva con tratamientos de 10-14 días de antibióticos o corticoides es muy pequeña y los tratamientos prolongados o repetidos con estos medicamentos están fuertemente desaconsejados³.**

El uso inadecuado de los antibióticos puede afectar no sólo al individuo que los toma sino también a su familia, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto. Tratar un proceso no bacteriano con un antibiótico carece de utilidad y somete al paciente a riesgos innecesarios (reacciones alérgicas y otros efectos adversos). Además, el impacto ecológico sobre la flora respiratoria e intestinal es considerable, ya que el antibiótico eliminará la población mayoritaria de bacterias sensibles y favorecerá el crecimiento de la población bacteriana resistente y su posible diseminación posterior⁹.

Los antibióticos no han demostrado beneficios a largo plazo, por lo que no están recomendados

- **Antihistamínicos y/o descongestionantes:** se recomienda no utilizar estos fármacos en el tratamiento de la OS. No existe evidencia de su beneficio y sí del riesgo de posibles efectos adversos con su uso^{1-3,10}. La mejor evidencia en este sentido, proviene de una revisión Cochrane que incluyó 16 ensayos clínicos aleatorizados con 1516 niños tratados con estos fármacos, solos o en combinación, cuyos resultados no mostraron ningún beneficio en la variable principal (persistencia de la OS al cabo de un mes); tampoco se demostró que se redujeran las recurrencias. Por el contrario, sí aumentaron los efectos adversos en comparación con placebo¹⁰.
- **Mucolíticos:** la evidencia del posible beneficio de los mucolíticos en la OS es muy limitada. **La información disponible recomienda no usarlos^{2,3}.**

• Cirugía

Cuando el niño se convierte en candidato a cirugía, la técnica de elección es la timpanotomía con inserción de tubos de ventilación. La adenoidectomía no está recomendada inicialmente, excepto en los casos en que exista una indicación diferente como obstrucción nasal, adenoiditis crónica o sinusitis crónica. La adenoidectomía se plantea cuando hay que repetir la cirugía, porque se reduce la necesidad de futuras intervenciones³.

• Otros tratamientos

- **Autoinsuflación:** se refiere a la apertura de la trompa de Eustaquio mediante el incremento de la presión intranasal. Sus resultados son controvertidos, de forma que se pueden encontrar revisiones o guías en las que no se recomienda su uso⁹, otras en las que con una evidencia de bajo grado se afirma que podría ser beneficiosa en algunos pacientes⁴ o revisiones en las que concluyen utilizarla mientras se espera la resolución espontánea de la OS, debido a la ausencia de efectos adversos¹¹.

4. Consejos para los padres¹⁻³

- Es importante informar a los padres de que la OS es habitualmente autolimitada y de que sólo en raras ocasiones necesita tratamiento.
- Recomendar no fumar en presencia del niño, debido a que el tabaquismo pasivo es el factor de riesgo evitable más importante.
- Explicar que la espera vigilada es, hoy en día, la mejor opción y que no significará aumento de las complicaciones.
- Si hay pérdida auditiva, enseñar a comunicarse adecuadamente con el niño, tanto en la escuela como en casa: hablar al niño claramente y mirándole a la cara, leerle libros con dibujos aclaratorios o pedir que le sitúen cerca del profesor en la escuela.

Conclusiones

La OS, por definición, se presenta sin signos de infección aguda. Es una enfermedad generalmente autolimitada en el tiempo y que raramente requiere tratamiento médico. Los antibióticos y corticoides han mostrado beneficios ligeros y transitorios, por lo que no se recomiendan. El resto de los tratamientos, antihistamínicos, descongestionantes, mucolíticos o la autoinsuflación no han probado su eficacia.

Por lo tanto, **la opción más recomendable es la espera vigilada** con seguimiento del niño. Se derivará al especialista en los casos en los que se aprecie pérdida auditiva, la OS persista durante más de 3 meses, exista sospecha de retraso en el lenguaje o en el desarrollo o se aprecie presencia de signos o síntomas que dificulten el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klein JO, Pelton S. Otitis media with effusion. UpToDate ONLINE 15.3. August 2007. Disponible en <http://www.uptodate.com>
2. Clinical Knowledge Summaries. Otitis media with effusion. Version 1.0 March 2007. Disponible en <http://www.cks.library.nhs.com>
3. American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion (2004). Otitis media with effusion. *Pediatrics*. 2004; 113(5):1412-29.
4. SIGN (2003) *Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>
5. Mandel EM, Casselbrant ML. Recent developments in the treatment of otitis media with effusion. *Drugs*. 2006;66(12):1565-76.
6. Thomas CL, Simpson S, Butler CC, van der Voort JH. Esteroides orales o nasales tópicos para la pérdida auditiva asociada con la otitis media exudativa en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Softtd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
7. Williamson I. Double-blind randomised placebo-controlled trial of topical nasal steroids in 4-11 year old children with persistent bilateral Otitis Media with Effusion (OME) in primary care. Proyecto en marcha, fecha probable de publicación, principios de 2009. Información disponible en: <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN38988331/38988331>
8. Rovers MM, Schilder AGM, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. *Lancet*. 2004;363:465-73.
9. Campaña para el uso racional de los antibióticos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.antibioticos.msc.es/PDF/antibioticos.pdf>
10. Griffin GH, Flynn C, Bailey RE, Schultz JK. Antihistamínicos y descongestivos para la otitis media exudativa (OME) en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Softtd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
11. Perera R, Haynes J, Glasziou P, Heneghan CJ. Autoinsuflación para la hipoacusia asociada a la otitis media con derrame (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Son

Fecha de revisión bibliográfica: enero 2008

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloqui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99