

**Taller****TIMPANOMETRÍA**

Indicaciones, técnica e interpretación;  
su correlación con otras técnicas  
de exploración del oído.  
Manejo de la otitis media  
con exudado

**Moderador:**

Juan Ruiz-Canela Cáceres

*Pediatra, Centro de Salud de Torreblanca, Sevilla***Ponentes/monitores:**

- Juan Ruiz-Canela Cáceres  
*Pediatra, Centro de Salud de Torreblanca,  
Sevilla*
- Juan Solanellas Soler  
*ORL, Hospital Universitario de Valme, Sevilla*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Ruiz-Canela Cáceres J. Manejo de la otitis media con exudado. En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 217-222.

# Manejo de la otitis media con exudado

Juan Ruiz-Canela Cáceres

*Pediatra, Centro de Salud de Torreblanca, Sevilla.**[jruizc@aepap.org](mailto:jruizc@aepap.org)***RESUMEN**

La otitis media con exudado (OME) es una enfermedad silente en su sintomatología y que provoca consecuencias en el aprendizaje del niño.

En este artículo se plasman las principales recomendaciones de una Guía de Práctica Clínica editada en EEUU en 1994 y que conserva su validez en la actualidad en lo relativo a los aspectos diagnósticos, como corrobora una más reciente revisión sistemática. Las recomendaciones sobre tratamiento se actualizan con otras fuentes.

Se recomienda para el diagnóstico el uso de la Otoscopia Neumática y los restantes exámenes, como la timpanometría y la evaluación auditiva, deberán estar en función de la misma.

Finalmente, se destaca la escasa utilidad de la mayoría de los tratamientos médicos en esta entidad y se plantean las indicaciones quirúrgicas.

**INTRODUCCIÓN**

La OME tiene abundantes sinonimias como: otitis media secretoria, otitis serosa, otitis seromucosa, otitis media catarral crónica, otitis media crónica con efusión, *glue ear*, etc. Es muy frecuente en niños, situándose la máxima incidencia entre los 2 y 4 años de edad. Con frecuencia

pasa desapercibida y es infradiagnosticada porque solo se manifiesta por la hipoacusia<sup>1</sup>.

En este tema disponemos de una excelente guía de práctica clínica (a la que denominaremos "Guía OME")<sup>2</sup>, realizada por la Agency for Health Care Policy and Research norteamericana y que contó con el apoyo de un amplio grupo de entidades (American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physician y American Academy of Otolaryngology). Este año ha sido actualizada en los aspectos de diagnóstico con una nueva revisión sistemática (RS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (RsUSA)<sup>3</sup>, que reafirma las recomendaciones de dicha guía con relación al diagnóstico. En aquellos aspectos que tienen relación con el tratamiento médico seguiremos muchas de las recomendaciones publicadas en Clinical Evidence<sup>4</sup> y por la Colaboración Cochrane<sup>5</sup> ya que disponen de una información más actualizada.

## DEFINICIÓN

La definición de la otitis media con exudado (OME) ha generado controversia entre los expertos; nosotros asumimos la definición propuesta por la Guía OME<sup>2</sup>; la OME se define por la presencia de líquido en el oído medio sin síntomas de infección del oído.

## HISTORIA NATURAL

En la RsUSA<sup>3</sup> se comenta con relación a la historia natural de esta entidad, que en mayores de 3 años tiene una tasa estimada de resolución espontánea del 42,7% (IC 29-56,1%), y datos muy similares encuentra Rosenfeld<sup>1</sup>. La debilidad de estos estudios viene determinada porque utilizan como unidad de análisis cada oído y no los pacientes. La curación se establece en función de criterios timpanométricos.

## EFFECTOS SOBRE EL LENGUAJE

En la Guía OME y en RsUSA, a pesar del mayor número de estudios publicados en la actualidad, encuentran una evidencia contradictoria sobre este tema. Sin

embargo, la nueva RsUSA advierte de que hay varios estudios en realización que podrían contribuir a la resolución de esta cuestión.

## OBJETIVO DE LA GUÍA OME

El panel hace recomendaciones para niños entre 1 a 3 años de edad, sin anomalías craneofaciales, anomalías neurológicas y déficit sensoriales.

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LA OME

La Otoscopia Neumática (ON) es la mejor de las alternativas de diagnóstico para la OME. En la Guía OME, no se analiza ni la otoscopia sola, ni la reflectometría acústica pero en la nueva RS se concluye que dichas técnicas son menos sensibles y específicas que la ON<sup>3</sup>. Esta afirmación acerca de la validez de la ON tiene implicaciones prácticas. Para el clínico, la ON es más fácil de emplear, pero desconocemos el grado de entrenamiento necesario para que un clínico alcance la destreza de un investigador.

La Timpanometría puede ser utilizada como test de confirmación de la OME.

La evaluación de la audición se recomienda para un niño que tenga una OME bilateral durante más de tres meses de duración.

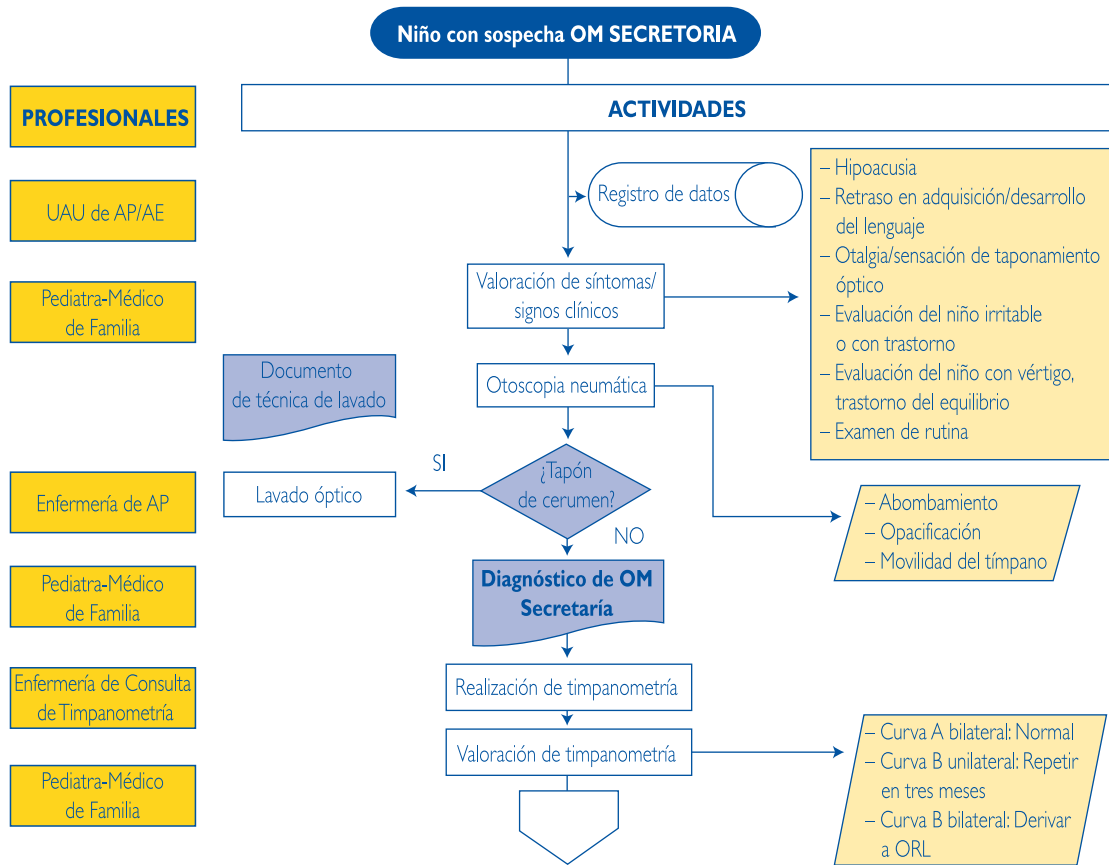
## MANEJO DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA

### Visita Inicial (Figura 1)<sup>6</sup>

La OME con frecuencia tiene escasa expresión clínica, pero es posible encontrar los siguientes síntomas<sup>1</sup>:

- Hipoacusia.
- Retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje.
- Presencia de otalgia o sensación de taponamiento ótico.

**Figura 1. Otitis media con exudado. Arquitectura del proceso de atención a esta patología (I)<sup>6</sup>**



- Evaluación de un niño irritable o con alteraciones del sueño.
- Evaluación en un niño con vértigo o alteraciones del equilibrio.
- Pérdida auditiva observada en un screening (examen de salud escolar, consulta médica, etc.).
- Examen de rutina del oído por otro motivo (sin que haya presentado una otitis media aguda en los 3 meses previos).

La presencia de sintomatología sugestiva obliga a realizar una otoscopia neumática, confirmándose la OME si

hay signos de abombamiento, opacificación y/o disminución de la movilidad del tímpano. El examen otoscópico requiere un instrumento que proporcione una correcta iluminación, espéculos de goma de tamaño idóneo, eliminación de cerumen mediante limpieza con lavado óptico y técnica adecuada.

Plan de tratamiento propuesto:

1. Observación. En la Guía OME se recomienda la terapia antibiótica pero en Clinical Evidence<sup>4</sup>, solo encuentra dos RS que muestran un beneficio muy escaso e incluso resultados contradictorios con el uso de antibióticos. Nosotros proponemos no dar antibióticos siguiendo esta RS

porque no los creemos necesarios en el momento actual.

2. Control de los factores ambientales (*Opción basada en evidencia científica limitada y fuerte consenso del panel*)<sup>7,8</sup>. Hay estudios que muestran una asociación entre el hábito de fumar de los padres y la presencia de OME. También la asistencia a guarderías con un número de niños mayor de 6 predispone a ese padecimiento.
3. Miringotomía. Esta intervención, con o sin inserción de tubos, no debe ser realizada en el niño con OME en las primeras fases (*Recomendación fuerte basada en la evidencia de que la efusión se*

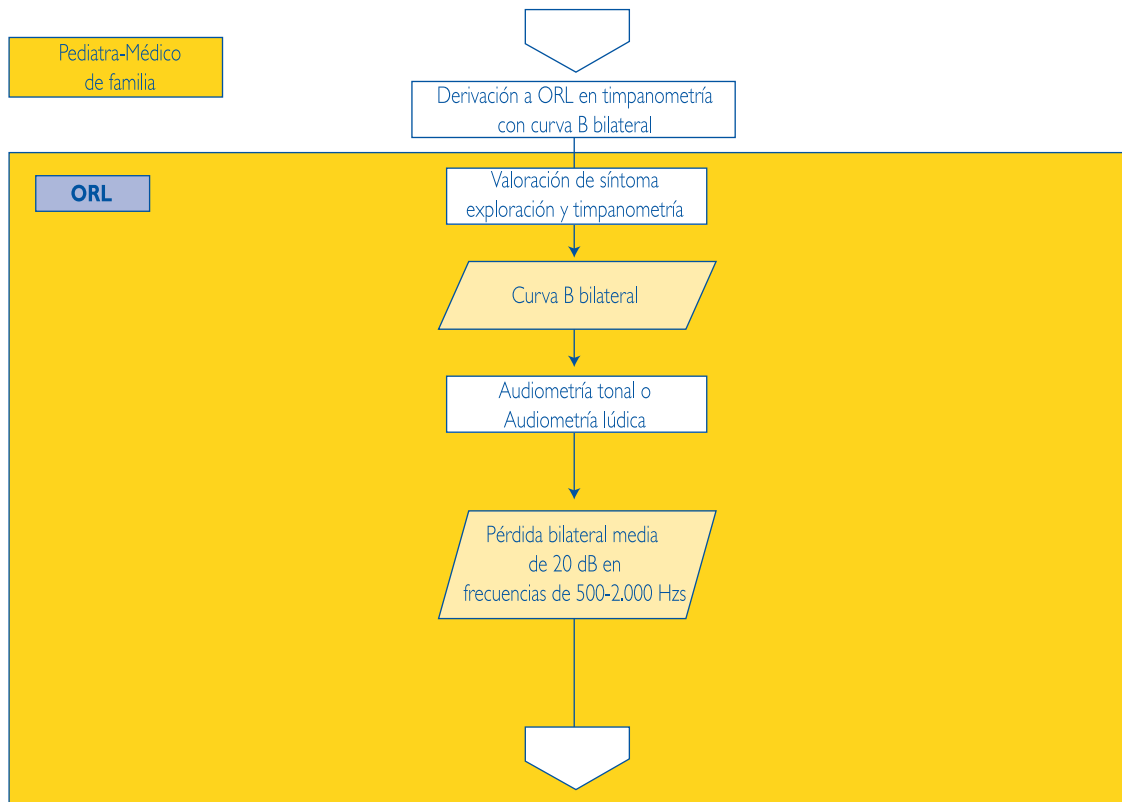
resuelve espontáneamente en la mayoría de los casos y falta de *evidencia concluyente* sobre que cortos períodos de efusión tengan efectos perjudiciales sobre la salud del niño).

**Después de 3 meses de evolución:**

La interpretación del timpanograma determina el plan a seguir según se trate de un tipo de curva A, B o C:

- Ante una curva tipo A bilateral, se procederá al alta.
- Ante una curva tipo B unilateral o tipo C unilateral o bilateral se procederá a la realización de un control cada 3 meses.

**Figura 2. Otitis media con exudado. Arquitectura del proceso de atención a esta patología (2)<sup>6</sup>**



- Ante una curva tipo B bilateral, se debe realizar interconsulta a ORL. Se derivará a Atención Especializada si presenta una curva tipo B bilateral con síntomas de hipoacusia de más de 3 meses de evolución, o una curva tipo B unilateral con síntomas de hipoacusia de más de 6 meses de evolución (Figura 2)<sup>6</sup>.

Plan de tratamiento propuesto:

1. Si el niño tiene audición en rango normal (mejor que 20 decibelios en el oído mejor) las recomendaciones son las siguientes:
  - Observación o tratamiento antibiótico (modificada por nosotros en esta actualización y no con-

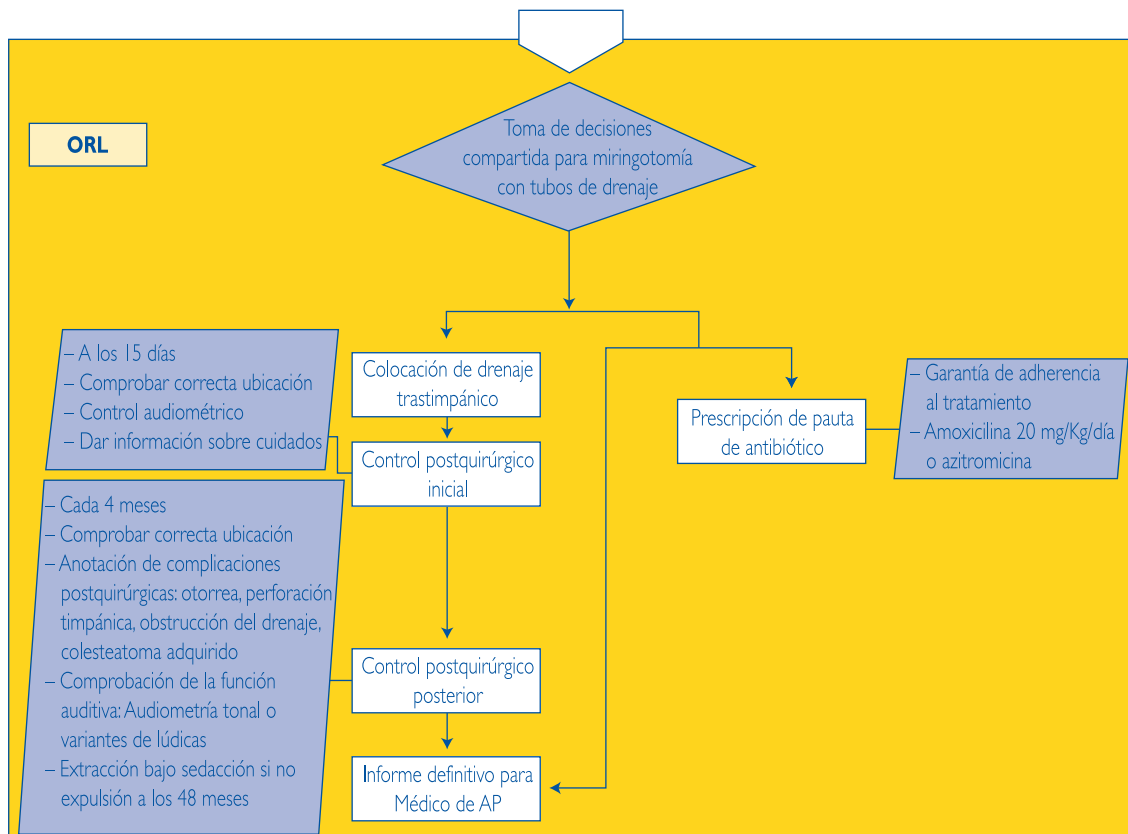
sideramos indicado la terapia antibiótica) (*Opción basada en evidencia limitada y consenso del panel*).

- Control de los factores ambientales (*Opción basada en evidencia científica limitada y fuerte consenso del panel*).

2. Si el niño tiene un déficit bilateral de 20 dB o más, las recomendaciones son las siguientes:

- Antibióticos o miringotomía con tubos. La inserción de tubos puede ser escogida cuando la efusión persiste más de 3 meses y hay un déficit bilateral igual o mayor de 20 dB (*Opción basada en evidencia científica limitada y consenso del panel*).  
○ bien, la administración de antibióticos en caso

**Figura 3. Otitis media con exudado. Arquitectura del proceso de atención a esta patología (3)<sup>6</sup>**



de que el paciente y/o familiares no acepten la intervención quirúrgica (Figura 3)<sup>6</sup>.

3. Si el niño tiene un déficit unilateral de 20 dB o más, y la efusión persiste más de 6 meses: la recomendación es la realización de una miringotomía con tubos o tratamiento médico en caso de que la familia no acepte la intervención.
4. No esta recomendado en ningún momento:
  - Corticosteroides. Estos fármacos no están recomendados para la OMS en niños de cualquier

edad (basado en evidencia científica limitada y mayoritaria opinión del panel).

- Antihistamínicos/descongestivos (recomendación fuerte basada en evidencia y que puede ser generalizada a cualquier edad).
- Adenoidectomía. Esta intervención no está recomendada para el tratamiento de la OMS en un niño del a 3 años en ausencia de patología específica del tejido adenoideo (basado sobre evidencia científica limitada y mayoritaria opinión del panel).

#### Bibliografía

1. Rosenfeld RM. Natural history of untreated otitis media. Evidence-Based Otitis Media. B.C. Decker Inc, 1999:157-177.
2. Stool SE, Berg AO, Carney JR. Otitis Media with Effusion in Young Children. Agency for Health Care Policy and Research PHSU-DoHaHS, editor. 12, 1-89. 1994. Rockville, AHCPR Publication No 94-0622. Clinical Practice Guideline.
3. Shekelle P, Takata G, Chan L, et al. Diagnosis, Natural History, and Late Effects of Otitis Media with Effusion. Evidence Report/Technology Assessment No. 55 (Prepared by Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No 290-97-0001, Task Order No. 4). AHRQ Publication No. 03-E023. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2003.
4. Williamson I. Otitis media with effusion. Clin Evid 2002;(7): 469-476.
5. Butler CC, van derVoort JH. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
6. Martín Muñoz P; Ruiz-Canela, Juan. Manejo de la otitis media aguda en la Infancia. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), 2001 [En línea] [Fecha de acceso 7 de agosto de 2003]. URL disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\profesionales/procesos/mapa%202\otitis.pdf>
7. Collet JP, Larson CP, Boivin JF, Suissa S, Pless IB. Parental smoking and risk of otitis media in pre-school children. Can J Public Health 1995;86(4):269-273.
8. Rovers MM, Zielhuis GA, Ingels K, van der Wilt GJ. Day-care and otitis media in young children: a critical overview. Eur J Pediatr 1999;158(1):1-6.