

# QUE HAY DE NUEVO EN OTITIS

Dra Silvia Liliana Montes

Hospital Nacional de Clinicas . Jose de San Martin.Bs As



# OTITIS MEDIA AGUDA

- Proceso inflamatorio del mucoperiostio del oído medio.
- Aparición brusca y resolución en un plazo menor a 3 semanas.

# OTITIS MEDIA AGUDA

>80% de los niños con otitis media aguda ocurre antes de los 3 años

950 por

63

Prin

La incidencia global 10.85%  
(709 millones/año)  
51% es en niños <5 años

nos.

484 por

La principal causa

TB en niños.

## EXUDATIVA

Hiperhemia

Exudación

Edema importante



## NECROSANTE

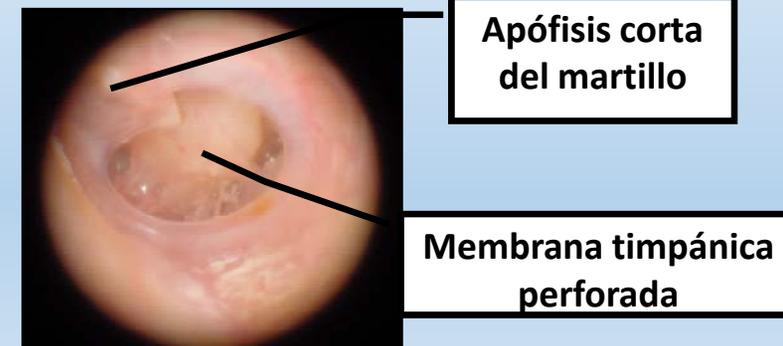
Streptococco  $\beta$  hemolítico

Inflamación más acentuada

Necrosis de aparición rápida.

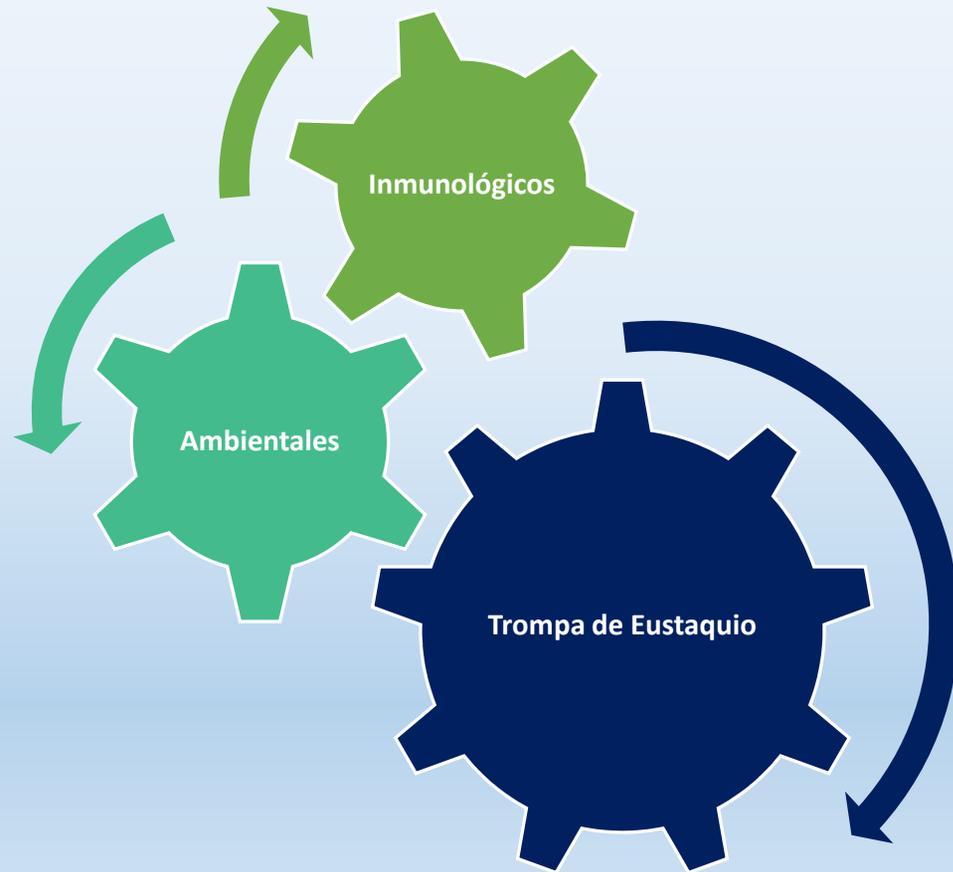
Denudación de la cadena

Sin reparación de la perforación



# FISIOPATOLOGIA

- Multifactorial



# VIAS DE INFECCION

- TROMPA DE EUSTAQUIO

Infección de VAS – RFL – Maduración

- SANGUÍNEA

Enf. Infecciosas: escarlatina, sarampión

- EXTERNA

CAE: Perforación preexistente

# Etiopatogenia

Obstrucción TE

Presión Negativa

Cambio en  
diferenciación  
celular

# ANATOMIA PATOLOGICA

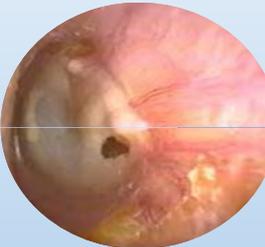
## ETAPAS



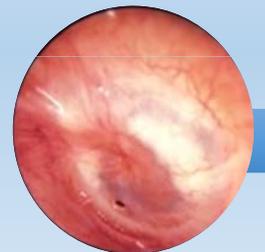
1ra- Hiperhémica



2do Trasudado



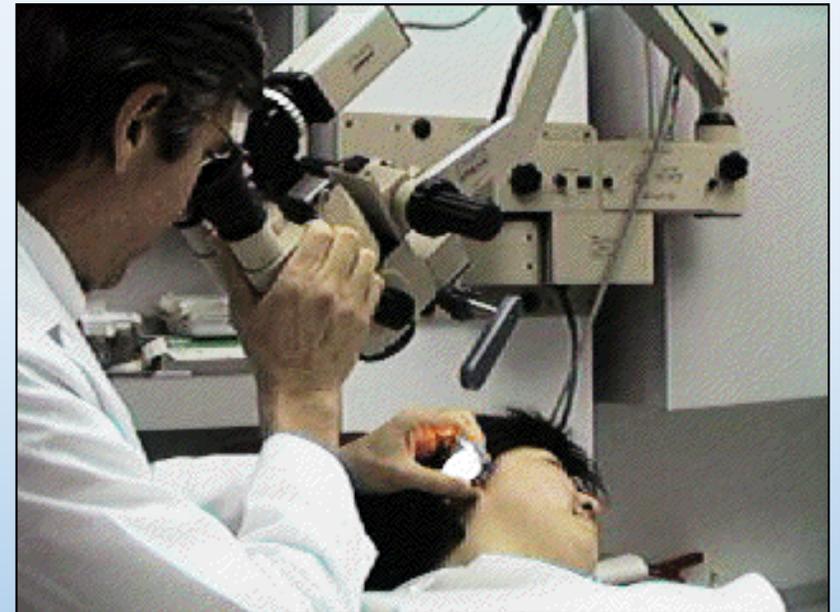
3ra Supurativa



4ta Resolución

# DIAGNOSTICO

1. Por clínica
2. Por Imagen otomicroscópica.





5



# CLINICA

- Secundario a un **CVAS**, es más frecuente en invierno.
- **Dolor** progresivo en horas, siendo a veces pulsátil.
- **Fiebre.**
- **Otorrea**
- **Hipoacusia**, debido al derrame del oído medio.

# CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTI CO

**TABLA 3. DEFINICIÓN Y ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE OMA**

---

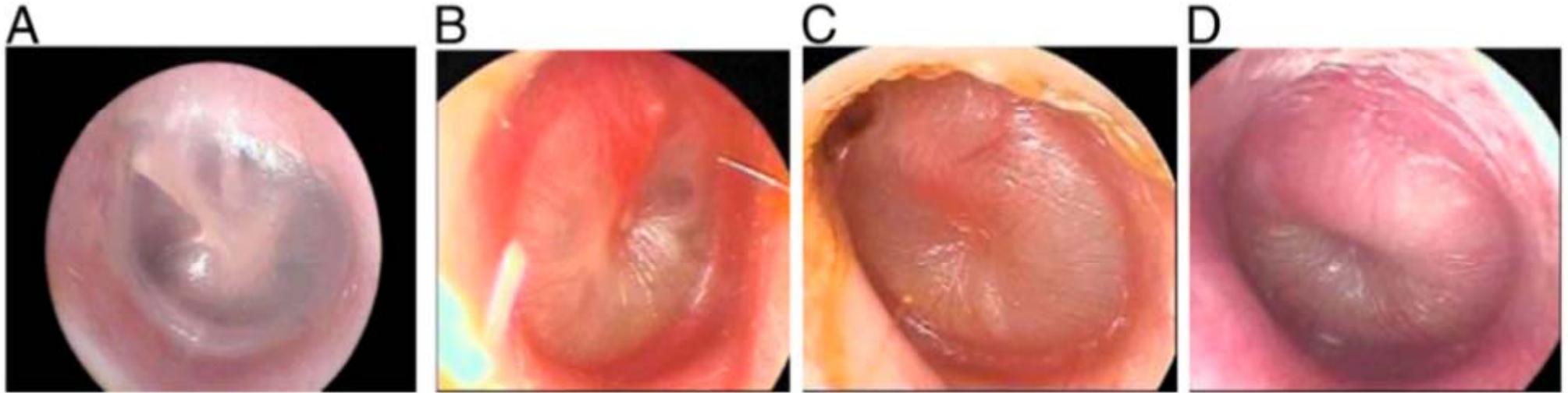
Diagnóstico de OMA requiere:

1. Historia de inicio agudo
  2. Presencia de exudado en oído medio
  3. Signos y síntomas de inflamación del oído medio
- 

Los elementos que definen una OMA son:

1. Inicio abrupto y reciente de inflamación y exudado en oído medio
2. La presencia de exudado en oído medio es sospechada por:  
Abombamiento de la membrana timpánica, movilidad de la membrana limitada o ausente, nivel de líquido/aire retrotimpánico u otorrea.
3. Signos o síntomas de inflamación de oído medio  
Eritema de la membrana timpánica.

- CAE permeable
- MT visible
- Remover cera



Movilidad alterada (neumo-otoscopía).

- Tímpano nuboso.
- Tímpano Abombado.
- La presencia de tímpano muy rojo o moderadamente rojo

# MIRINGITIS BULLOSA

OIDO DERECHO

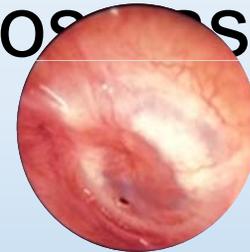


OIDO IZQUIERDO



# PRONÓSTICO

1. Otitis media aguda: Restitución ad integrum en la mayoría de los casos



1. Necrosantes: dejan perforación permanente



# CONSIDERACIONES ESPECIALES

1. Otitis media recurrente.
2. Otitis aguda en el lactante.

# OTITIS MEDIA RECURRENTE

- 3 o más episodios de OMA en 6 meses.
- 5 o más episodios de OMA en 1 año.
- Diferenciar: **RECURRENTE**  
**RECIDIVANTE**

# OTITIS MEDIA RECURRENTE

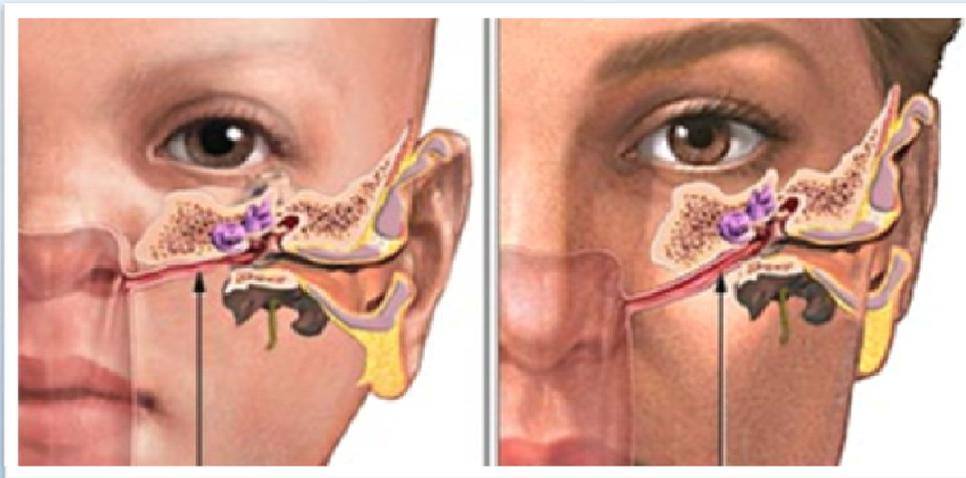
- **Recurrente:** oído medio libre de derrame entre un episodio agudo y otro.
- **Recidivante:** entre un episodio y otro de OMA, el derrame del oído medio no ha desaparecido y se considera al nuevo episodio como una reactivación del anterior.

# OTITIS MEDIA RECURRENTE

- Factores predisponentes:
  1. Menores a 2 años.
  2. Varón.
  3. Hermanos con historia de OMAR.
  4. No lactancia materna.
  5. Fracaso del tratamiento primario.
  6. Enfermedad bilateral.
  7. Fumador pasivo.
  8. Asistencia a guardería.
  9. Estación del año.

# OMA EN EL LACTANTE

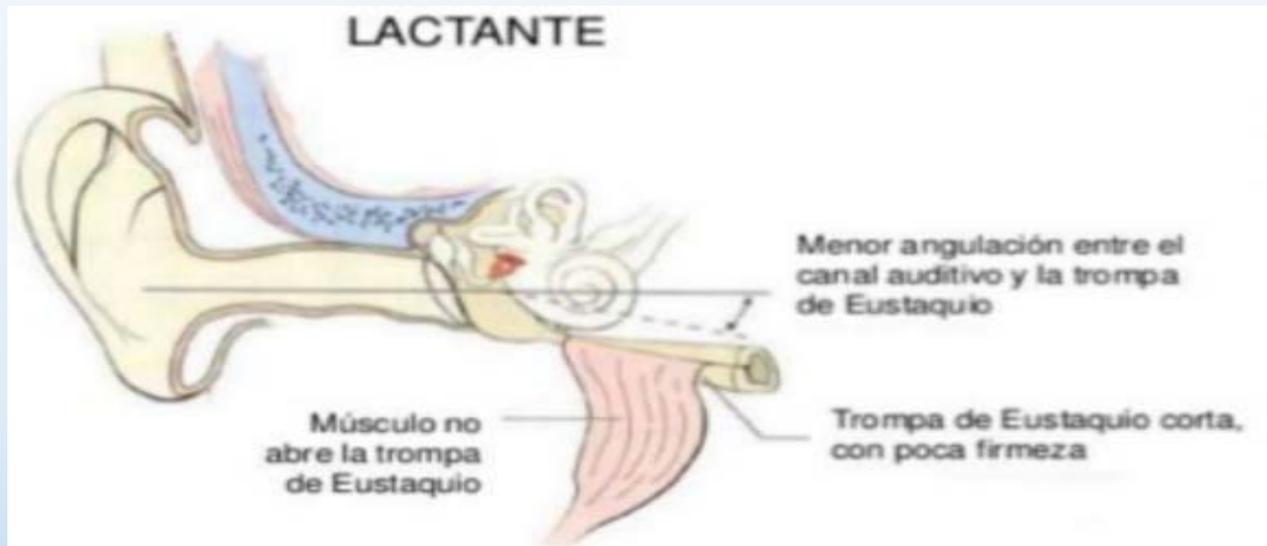
- Menores de 6 meses



## Manifestaciones clínicas:

1. Llanto persistente.
2. Irritabilidad.
3. Negación a alimentación.
4. Fiebre.

- Favorece el pasaje de secreciones de rinofaringe al oído medio.



Menor longitud: 17 mm

Más horizontalizada : 10°

Cartílago de < consistencia

Función ciliar : ↓ desarrollada

Menor luz



Otitis media with effusion: benefits and harms of strategies in use for treatment and preventio

# LACTANTES

- Otalgia (50-60%)
- Fiebre
- Llanto excesivo
- Cambios del sueño / comportamiento
- Frotación del oído
- Irritabilidad
- Falta de apetito

# OMA en el lactante

**Menores de 6 meses:** **TIMPANOCENTESIS** con fines diagnósticos y terapéuticos.

**Menores de 3 meses:** Ceftriaxona I.M (50 mg/Kg c/ 24 -48 hs)

**Menores 1 mes:** se interna.

# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a. Dolor en ATM, otitis externa.
- b. Otopatía serosa: Con tímpano transparente con niveles aéreos (Burbujas). Sin fiebre o dolor.
- c. Otalgias. Dolores irradiados, cavum, dientes . Otoscopia normal.

# EVOLUCION

- Resolución espontánea en la mayoría de los casos.
- 24 hs del inicio: alivio sintomático que se incrementa en 2 ó 3 días.
- 7 a 14 días: resolución completa de la OMA, excepto el derrame del OM
- Hipoacusia y acúfenos, pueden persistir hasta 3 semanas.

# TRATAMIENTO

1. Aspiración si hay supuración (no gotas oticas) o cerumen
  2. Analgesia
  3. Evaluar corticoides
- 
1. Antibioticoterapia/Timpanocentesis?

# TRATAMIENTO

Evita las complicaciones : SI

Mejora los Síntomas: SI

Analgésicos VO para control del dolor : SI

Los Descongestivos, antihistamínicos y gotas locales con ATB y/o Lidocaína : No

No se indicarán ATB para miringitis, ni OME

Guías AAP( 2013)

# OTITIS MEDIA EVOLUCION

33 % son virales

33 % se curan sin ATB

10% Neumococos

50% Haemophilus

75% Moraxellas

33 % se beneficiarían con ATB

*Neumococo*

<23% resistentes Peni

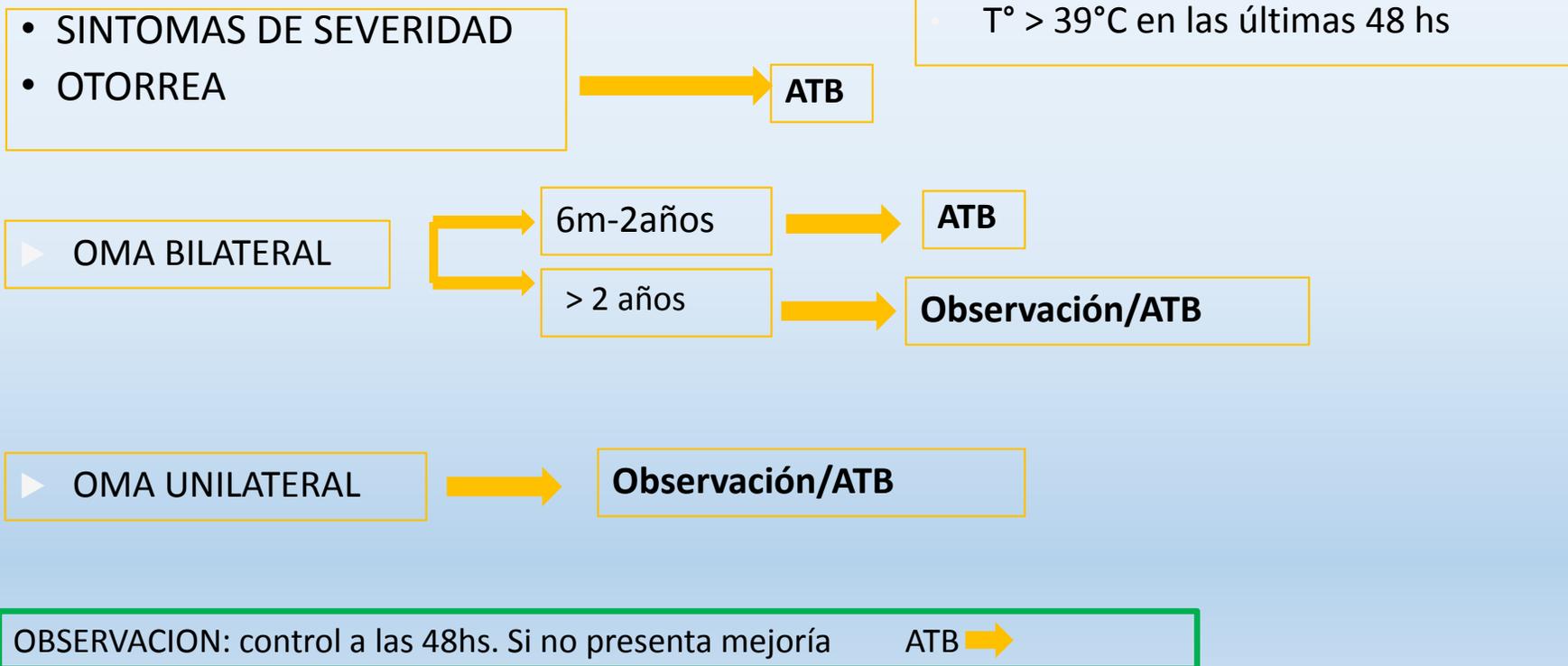
*Haemophilus influenzae*

15-50% betalactamasas +

*Moraxella catarrhalis*

80-100% betalactamasas +

# MANEJO: ATB vs OBSERVACION



## Cefuroxime:

Es tan efectivo como amoxicilina para neumococos de resistencia intermedia

La suspensión es casi inaceptable por su feo gusto

No es mejor que amoxicilina para resistencia alta

Si es útil para Moraxella y HI no B

Es tan efectivo como Amoxiclavulánico a 90/K/día

# TRATAMIENTO INICIAL

| Initial Immediate or Delayed Antibiotic Treatment   |   |
|---|---|
| Recommended First-line Treatment  | Alternative Treatment (if Penicillin Allergy)   |
| Amoxicillin (80–90 mg/ kg per day in 2 divided doses)   | Cefdinir (14 mg/kg per day in 1 or 2 doses)   |
| or  | Cefuroxime (30 mg/kg per day in 2 divided doses)<br>Cefpodoxime (10 mg/kg per day in 2 divided doses) |
| Amoxicillin-clavulanate <sup>a</sup> (90 mg/kg per day of amoxicillin, with 6.4 mg/kg per day of clavulanate [amoxicillin to clavulanate ratio, 14:1] in 2 divided doses) | Ceftriaxone (50 mg IM or IV per day for 1 or 3 d)   |

## **CONTRAINDICACIONES:**

- Uso en los últimos 30 días
- Conjuntivitis concurrente purulenta
- Alergia

# Antibióticos de 1ra línea

- No Riesgo de R : Amoxicilina: 45 mg/K/día cada 8 horas ( 87 % son Sensibles)
  - Con Riesgo de R : Amoxicilina: 90 mg/K/día c/ 8-12 horas ( máximo 3 gramos por día)
  - Conjuntivitis u OMA bilateral o Recurrente :  
Amoxicilina 90 mg/K/día y Clavulánico 14:1 cada 12 hrs
- 
- Alergia Penicilina : (alergia cruzada 5-12%)
    - Cefuroxime: 40 mg/kg/día cada 12 horas ( max .500)
    - Cefdinir – Cefpodoxima

R: resistencia a Pneumococo

# FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL

| Antibiotic Treatment After 48–72 h of Failure of Initial Antibiotic Treatment  |   |
|--|---|
| Recommended First-line Treatment   | Alternative Treatment   |
| Amoxicillin-clavulanate <sup>a</sup> (90 mg/kg per day of amoxicillin, with 6.4 mg/kg per day of clavulanate in 2 divided doses)<br>or | Ceftriaxone, 3 d<br>Clindamycin (30–40 mg/kg per day in 3 divided doses), with or without third-generation cephalosporin<br>Failure of second antibiotic    |
| Ceftriaxone (50 mg IM or IV for 3 d)   | Clindamycin (30–40 mg/kg per day in 3 divided doses) plus third-generation cephalosporin<br>Tympanocentesis <sup>b</sup><br>Consult specialist <sup>b</sup> |

# TRATAMIENTO

## Antibióticos de 1ra línea

Si hay alergia severa a Penicilina y a Cefalosporinas :

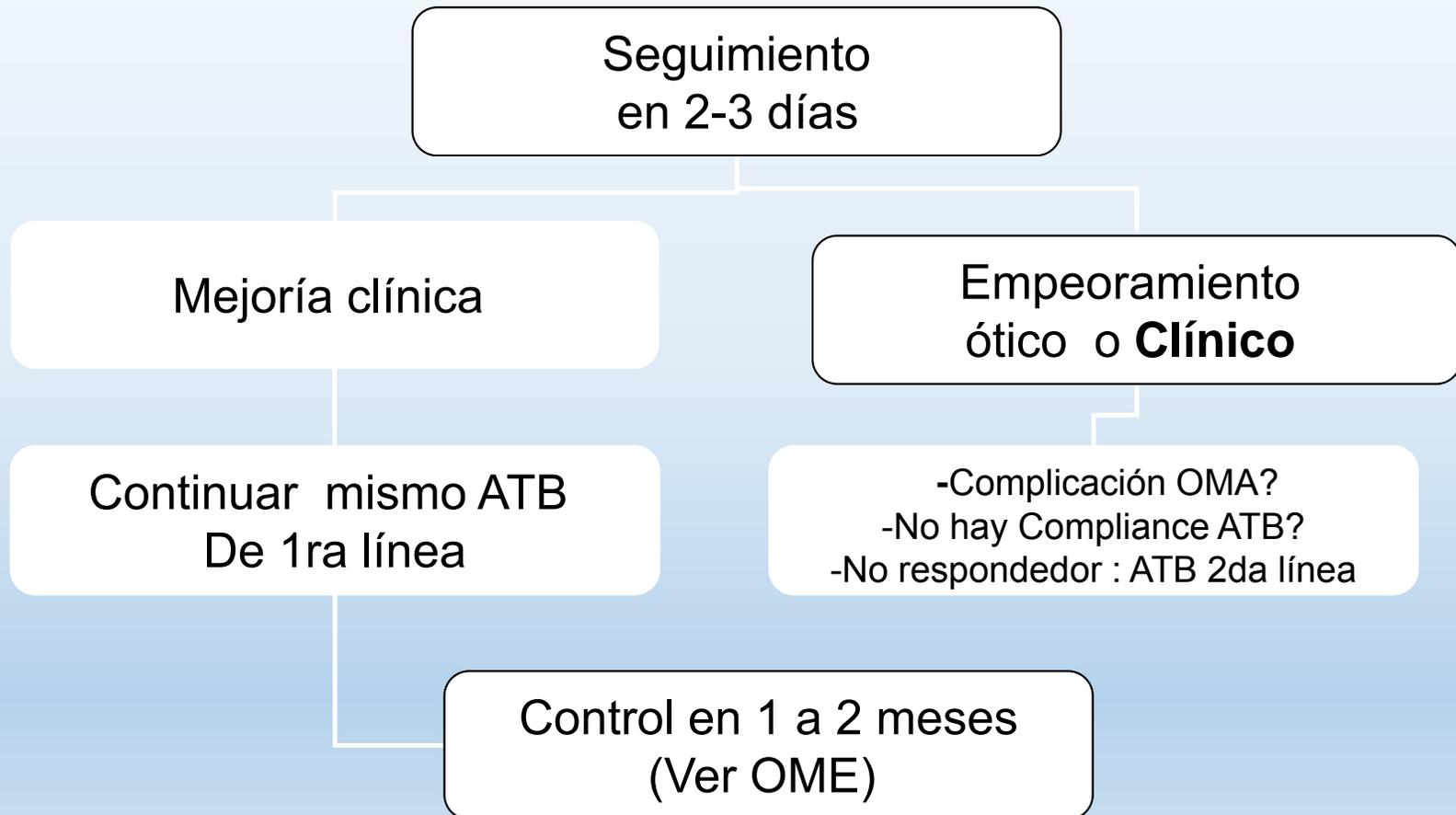
- Azitromicina: 10 mg/K/día por 5 días ( max 250 mg/día)  
30 mg/K/dosis única
- Claritromicina: 15 mg/kg/día cada 12hs por 10 días ( max 1 gr/día)
- TMP SMX o Eritro SFX: 6-12 mg TMP/kg/día cada 12 por 10 días
- Clindamicina : 25 mg/kg/día cada 8 por 10 días ( max 1,8 gr/día)

Son opciones inferiores por la alta resistencia(25-35%) y fallos clínicos

## ATB no Recomendados para OMA en 1ra y 2da línea

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Cefalexina              | No actividad para Neumococo de Resistencia intermedia<br>No actividad para <i>H. influenzae/ Moraxella catarrhalis</i>  |
| Cefaclor                | <b>No actividad para Neumococo de Resistencia intermedia</b><br><b>Actividad marginal para H. influenzae/ Moraxella catarrhalis</b>   |
| Cefixime                | <b>No actividad para Neumococo de Resistencia intermedia</b><br><b>Excelente actividad para H. influenzae</b>   |
| Ceftriaxone             | <b>No se debe usar de rutina ya que incrementa la Resistencia a Cefalosporinas de 3ra generation.</b><br><br><b>Una simple dosis no es efectiva para erradicar el neumococo resistente (erradica un 52%).Es igual que amoxi a 90/K/dia</b><br><br><b>Tres dosis erradican neumococo resistente</b><br><b>Si tiene actividad para H. influenzae/ Moraxella catarrhalis</b> |
| Clindamicina            | <b>Activo para Neumococo de Resistencia intermedia</b><br><b>No actividad para H. influenzae/ Moraxella catarrhalis</b>   |
| Eritromicina<br>TMP-SMX | Resistencia significativa(30-50%) del Neumococo Resistente<br>Pobre actividad para H. influenzae/ Moraxella catarrhalis y <b>SBHA</b>   |

# Pacientes medicados con Antibióticos De 1ra línea



# TIEMPO DE TRATAMIENTO

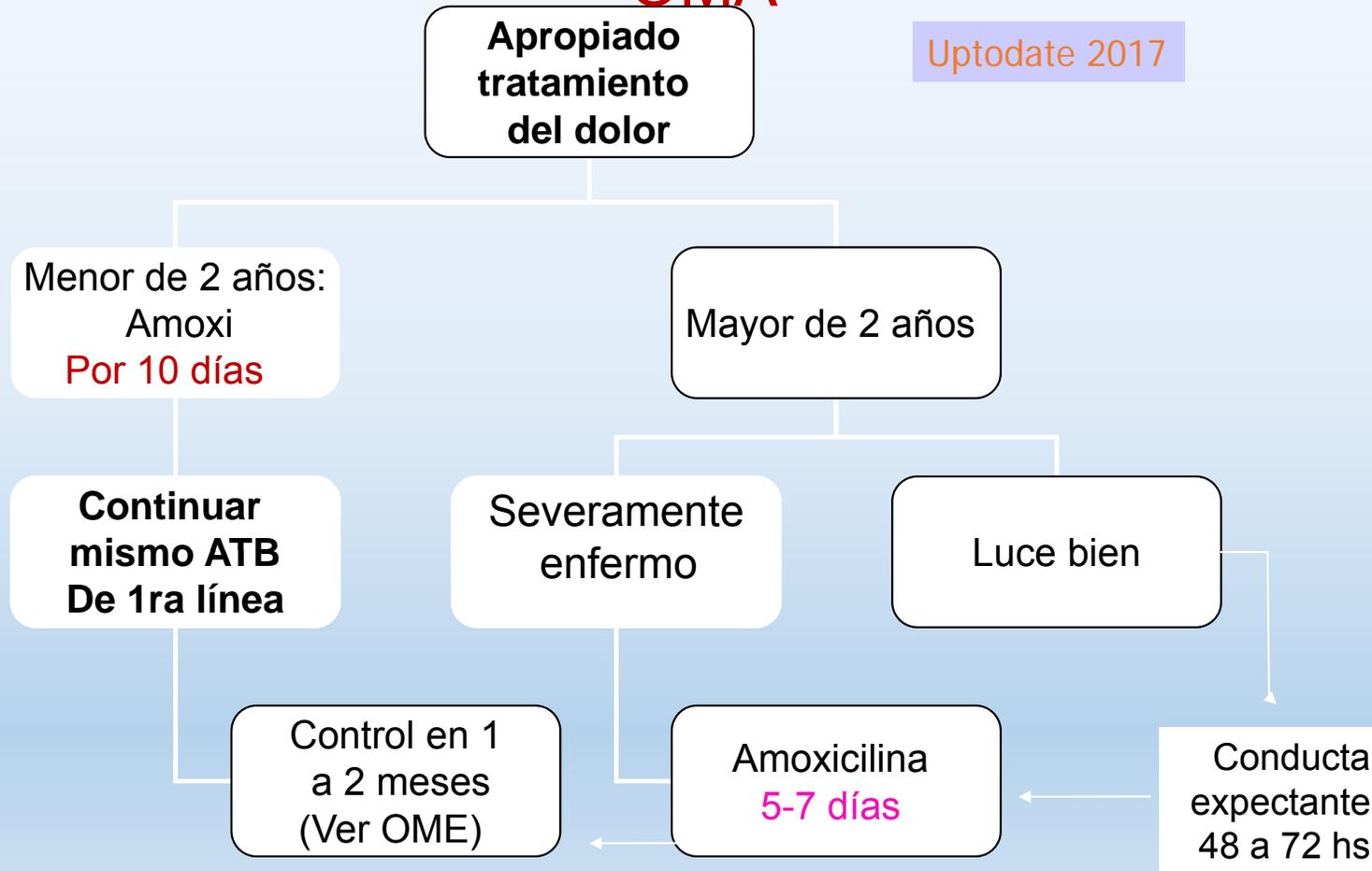
- |                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| • < 2 años y síntomas severos   | 10 días |
| • 2-5 años y síntomas moderados | 7 días  |
| • > 6 años y síntomas moderados | 7 días  |

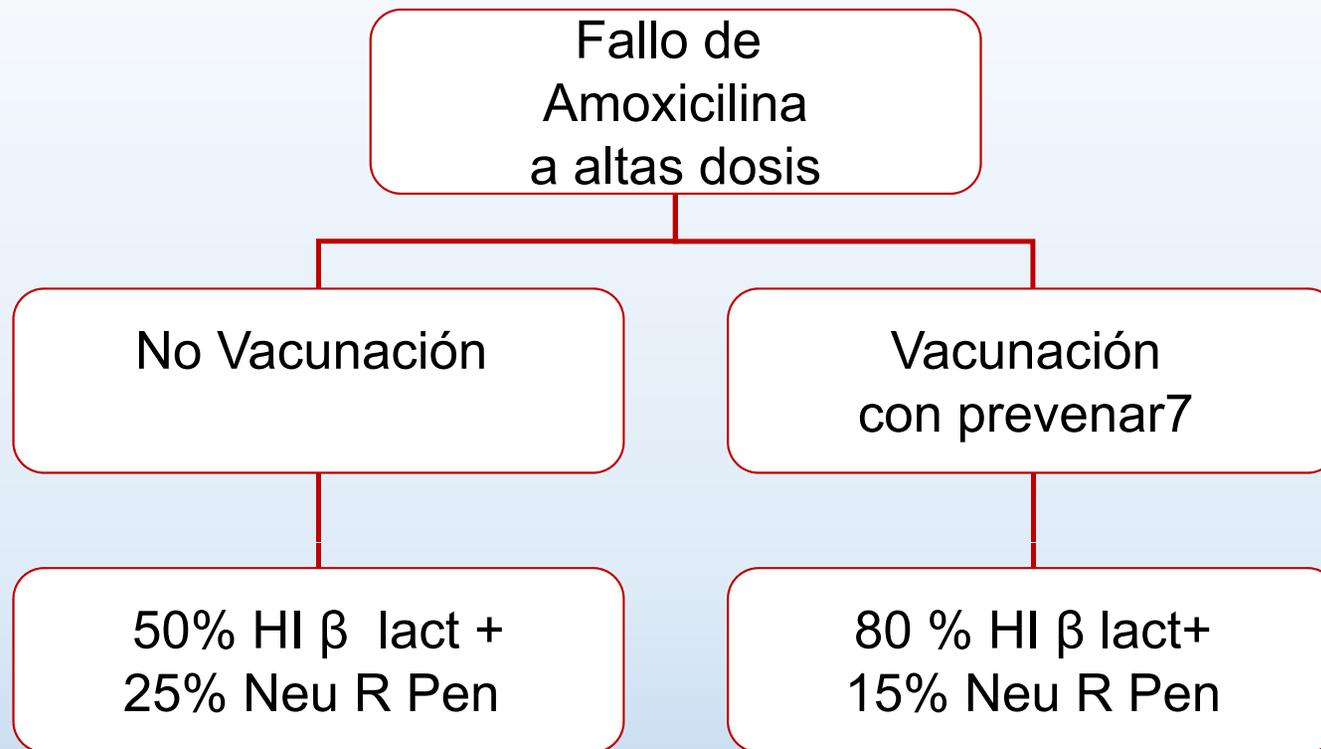
# PERIODO DE EFUSION

- |              |        |
|--------------|--------|
| • 2 semanas  | 60-70% |
| • 4 semanas  | 40%    |
| • 12 semanas | 10-25% |

# Pacientes con diagnóstico certero de OMA

Uptodate 2017





Antibióticos de 2da línea

Medico con altas dosis de Amoxicilina  
más  
Cobertura para β Lactamasas positivas

BLOCK:  
PIDJ 2004

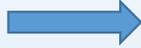
# OTITIS MEDIA AGUDA RECURRENTE

- Solicitar Rx cavum para evaluar VA
- TRATAMIENTO:
- Amoxi/amoxi-ac.clav 100mg/k/d x 10 días
- OTROS: Spray nasal, corticoides
- Falta de respuesta: Adenoidectomia+ DB



# TRATAMIENTO. Miringotomía

- Fracaso terapéutico
- Inmunocomprometidos
- OMA complicada

Biofilm  colonia bacteriana sobre superficie inerte o viva.

Medio extracelular resistente a ATB..

Se ha demostrado la relación que presentan los biofilm con las infecciones de VAS.

## PARA TENER EN CUENTA

- LAS ADENOIDES ENFERMAS QUE ACTUAN COMO UN DEPOSITO BACTERIANO DE TODO TIPO LO HACEN INDEPENDIENTEMENTE DE SU TAMAÑO
- LAS ADENOIDES JUEGAN SIN NINGUNA DUDA UN PAPEL CLAVE TANTO EN LA PATOLOGIA OTICA COMO EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTE
- DENTRO DE LAS BACTERIAS PATOGENAS DEL OIDO MEDIO LA MAYOR PRODUCTORA DE BIOFILM ES EL HAEMOPHILUS INFLUENZAE

# OTITIS MEDIA RECURRENTE PREVENCIÓN

- Lactancia materna
- Asistencia a guarderías o jardín
- Uso de vacunas ( inmunoestimulantes) por vía oral
- Xylitol
- Probióticos

# OMA RECURRENTE - Prevención

**Xylitol:** DISMINUYE UN 25% EL RIESGO DE OMAS

- PASTILLA O CHICLES MAS EFECTIVO
- JARABE MENOS EFECTIVO
- DEBE DARSE TODOS LOS DIAS
- DEBE DARSE 5 VECES POR DIA
  
- FALTAN ESTUDIOS

# OMA

## *Recurrentes-Prevención*

---

### Medidas Ambientales :

- Favorecer la lactancia materna
- Eliminar el Cigarrillo del ambiente
- Evitar Guardería
- Evitar uso de Chupete
- Evitar la toma decúbito de mamadera
- Vacunas: Neumococo, Gripe, Hi no B?

# OMA

## Recurrentes-Quimioprofilaxis

No es recomendada por la Resistencia  
Recaen al suspenderla  
Disminuye las OMAs (20-50%)  
Sería más útil en menores de 2 años  
Con muchos factores de Riesgo

- Azitromicina semanal: 10 mg/Kg /semana
- TMS a 6 mg/K/día por 3 meses
- 
- Amoxicilina a 20 a 40 mg/K/día por 3 meses  
( La Profilaxis intermitente en c/ CVAS, no es útil)

AAP 2013

## OMA- no resuelto aún:



- Certo diagnóstico: lo más complicado
- Amoxiclavulánico sería mejor de inicio que Amoxi sola? Cubre más. Más cara
- Tiempo ideal de tratamiento a distintas edades y severidades de la OMA
- Faltan estudios adecuados de ATB preventivo y tubos de timpanostomía en OMAs recurrentes

# OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN

Dra. Silvia Liliana Montes



# La vacuna 13-valente(2010)

- Disminuye las OMAS, las OMAS recurrentes (17 A 11%), mastoiditis, y colocación de tubos de timpanostomía .
- Mayor incidencia de HI no tipificable en OMAs Recurrentes
- Reduce la portación de serotipos vacinales
- Aumenta la portación de serotipos no vacinales y de stafilococo aureus , aun SAMR-Co
- Disminuyó los aislamientos de cepas resistentes

# TRATAMIENTO

## Antibióticos de 2da línea

- De Amoxicilina
- Amoxicilina 90 mg/K/día y Clavulánico 14:1 cada 12 hrs
- De Amoxi clavulanico
- Ceftriaxone

## Alergia a Penicilina

Ceftriaxone?

# OTITIS MEDIA

Las cepas de Neumococo Penicilino Resistentes :

- **En Argentina 70% resistentes a Trimethoprim/sulfametoxazole\*\***
- **En Argentina 10-30% resistentes a Macrólidos  
Se extiende a clindamicina \*\***

\*\*Casellas

# OTITIS MEDIA

## Antibióticos de 3ra línea

Si el paciente no mejora se debería realizar  
Timpanocentesis y Evaluar Cultivo

**Ceftriaxone 50 mg/K/día IM por 1-3 días**

Erradica un 97% el neumococo R Recolonización rápida (11 días) *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(7): 642

Su uso rutinario no esta recomendado

*Pediatr Infect Dis J* 2003; 22: 943 *Pediatr Infect Dis J* 2000

# OMA: Antibióticos de 3ra línea

## FluorQuinolonas: Uso no licenciado en niños

- Levofloxacina: (Anuar ® -Leflumar ®) &  
Desde 6to mes: 20 mg/K/día cada 12 (max dosis: 500mg)
- Gatifloxacina (FQ) Tequin® (no hay) ⚠  
Desde 6to mes: 10 mg/K/día 10 días
- Telitromicina

## Vancomicina EV

- ⚠- Erradicación 98%- Cura 90%- R intratratamiento Pediatr Infect Dis J 2003;22:943
- 867 NIÑOS TRATADOS –CID 2005
- & Pediatr Infect Dis J 2004-2006

Uptodate 2017

# OTITIS MEDIA RECURRENTE (33%)

Deben al menos estar separados por 1 mes

( Si no se consideraría fallo terapéutico )

Iniciar con ATB 1ra línea y luego 2da y luego  
3ra línea

Amoxicilina con o sin clavulánico cada 8-12

Siempre 10 días de Tratamiento

# Otitis Media Recurrente

Se puede repetir  
Amoxicilina: 90 mg/K/ día (c/ 8hs 10 días

Si pasó más de 1 mes

de la OMA previa ,o de haber recibido ATB por otra causa

AAP 2013

# OTITIS MEDIA DERIVACION AL ORL

- Si durante el tratamiento se perfora el tímpano y este no revierte en 6 semanas
- Si persiste la OME luego de 3 meses post infección, y eventual colocación de tubos
- Complicaciones como parálisis facial, mastoiditis, otalgia persistente, otorrea purulenta, otitis recurrentes .

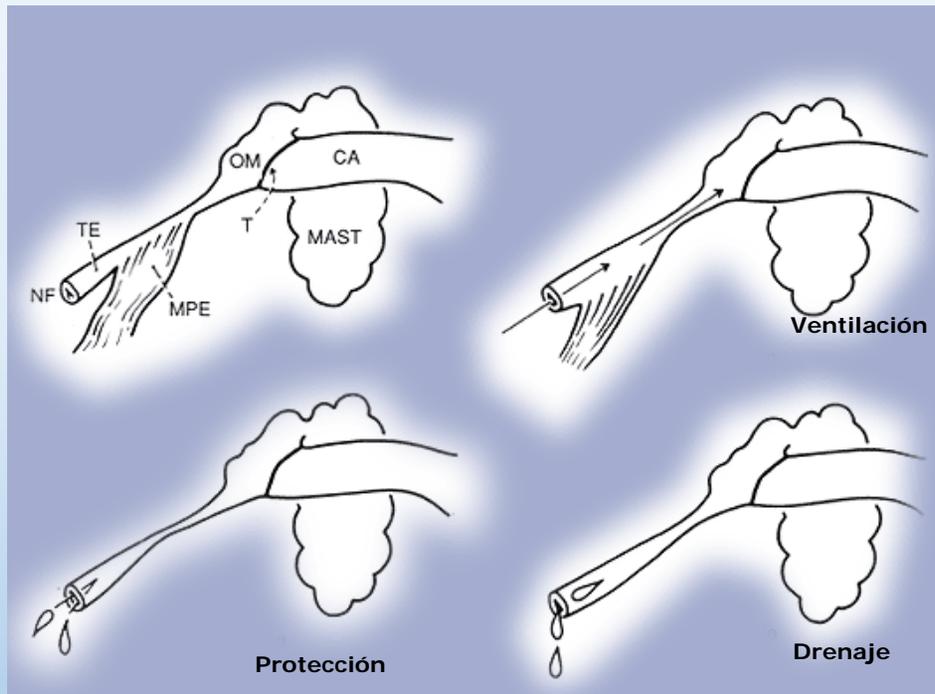


# OTITIS MEDIA CON EFUSION

## DEFINICION

Acumulación líquida, en oído medio, con tímpano íntegro, sin signos de inflamación aguda, que persiste por más de tres meses

## FUNCIONES DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO



La ventilación, protección y drenaje, con la depuración, son tres funciones fisiológicas de la trompa de Eustaquio, que pueden alterarse con la producción de disfunción del oído medio o una otitis y sus complicaciones y secuelas.

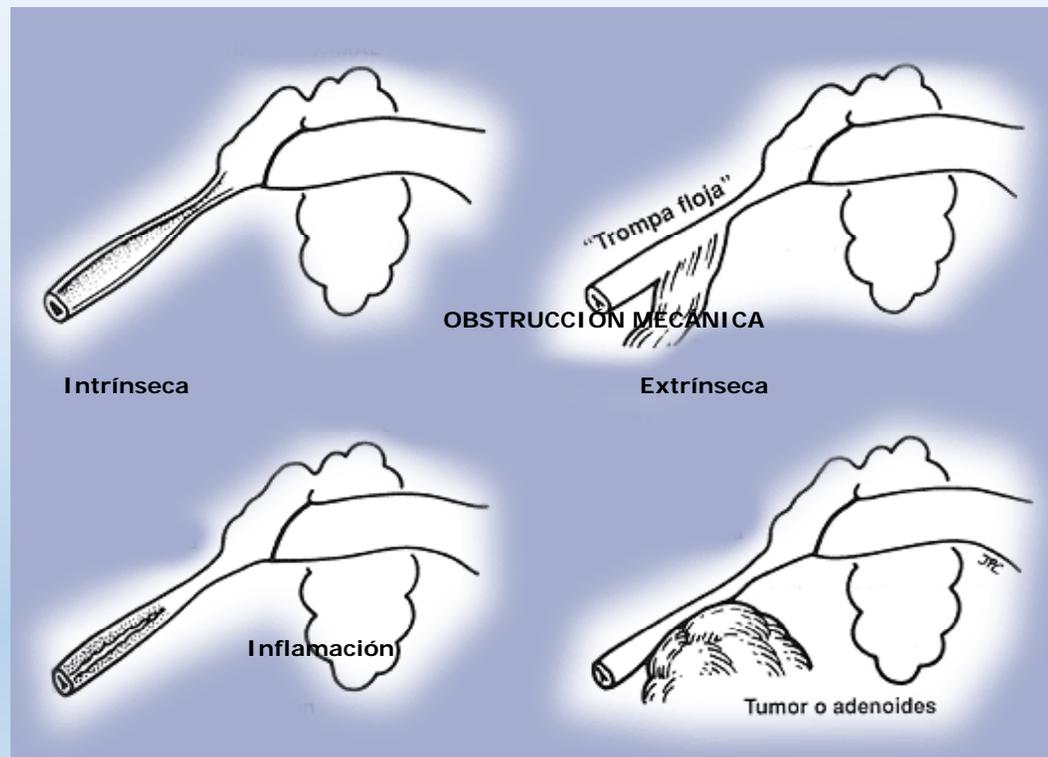


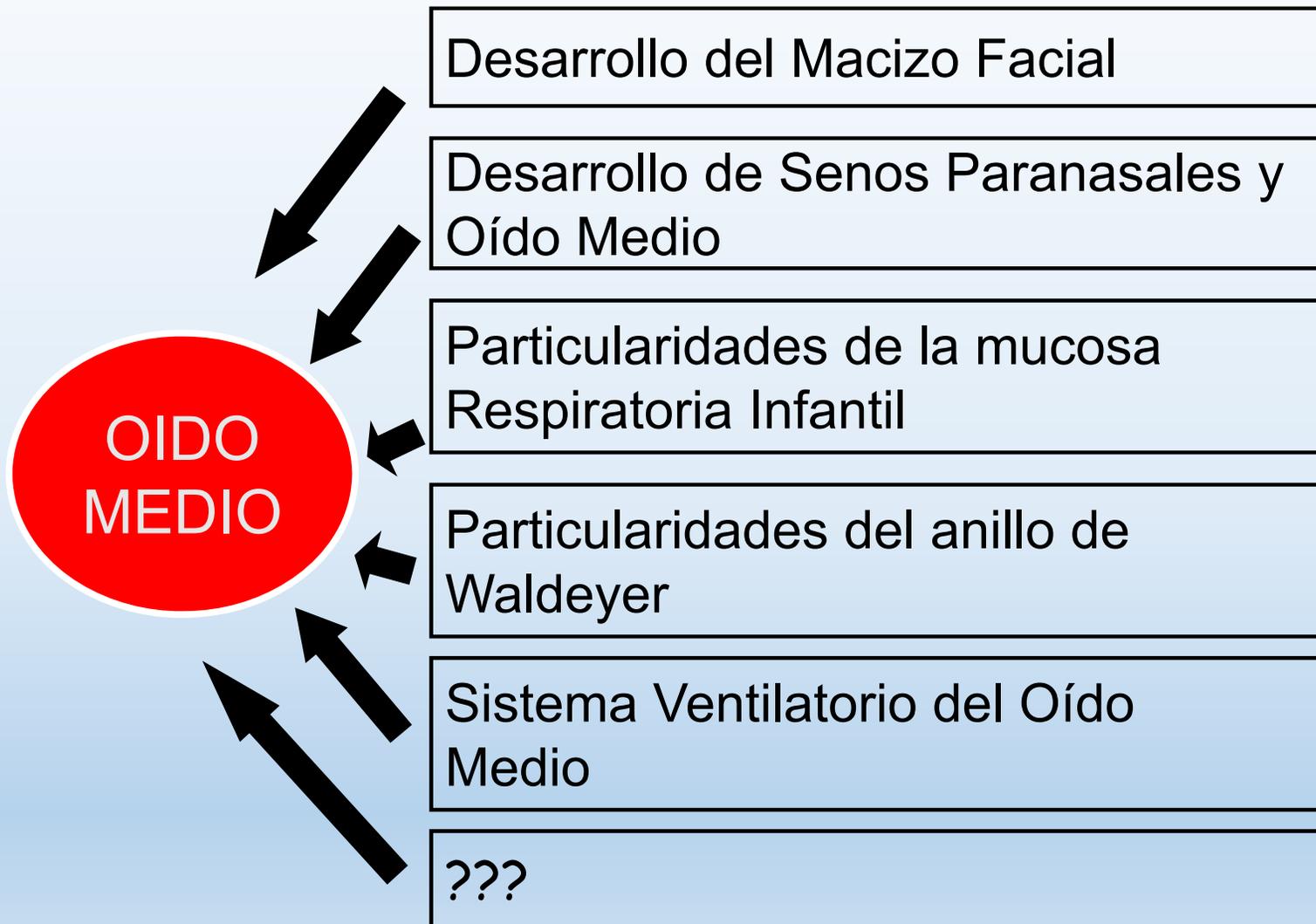
# Disfunción de la Trompa de Eustaquio

La Trompa puede estar anormalmente abierta u obstruída. Cuando hay una obstrucción, puede ser funcional, mecánica o ambas.

APERTURA ANORMAL

OBSTRUCCIÓN FUNCIONAL





## El derrame en OME presenta:

- Inmunoglobulinas
- Factores del complemento
- Leucotrienos
- Citoquinas
- Cel. Inflamatorias
- Factores de crecimiento

*La presencia de estos mediadores nos muestra que el sistema Inmune tiene un rol importante en la fisiopatología de la OME*  
*Algunos autores la consideran una respuesta inflamatoria a bacterias patógenas*

# MOTIVO DE CONSULTA

- HIPOACUSIA
- OTALGIA
- SENSACION DE OIDO LLENO
- OTROS (vértigo, sensación de líquido acúfenos, etc.)

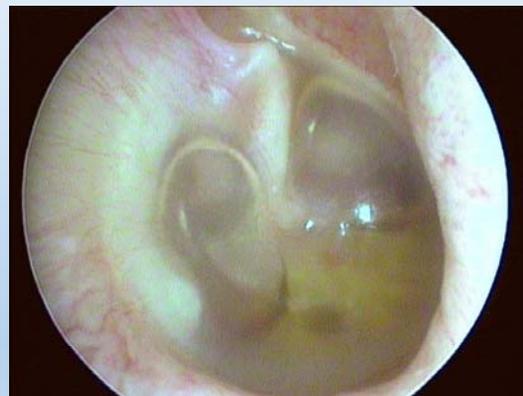
# OTOMICROSCOPIA

Niveles líquidos –  
burbujas

Poca o nula movilidad

MT adelgazada,  
retraída (larga  
evolución)

Vasos radiales



# OTOMICROSCOPIA

Disminución de  
transparencia

Aspecto grueso,  
edematoso

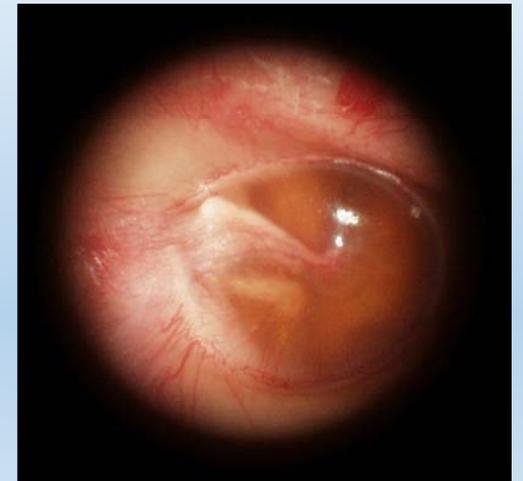
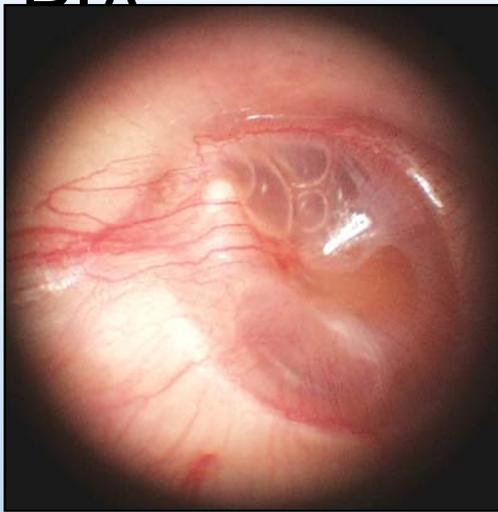
Relieves visibles

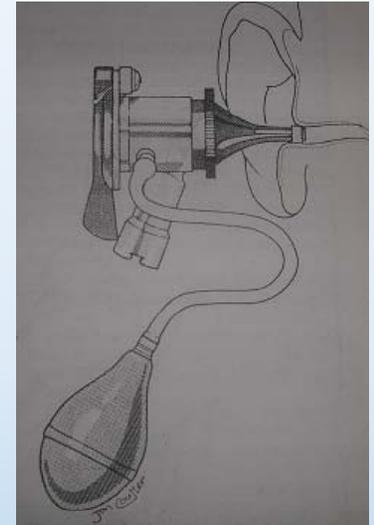
Tímpano azul (larga  
evolución)



# DIAGNÓSTIC O

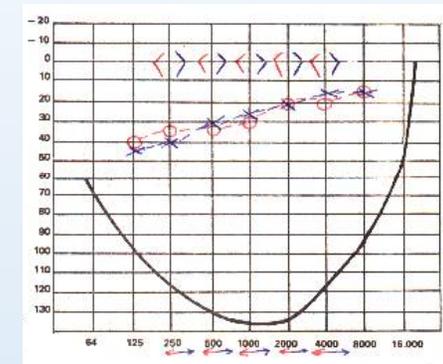
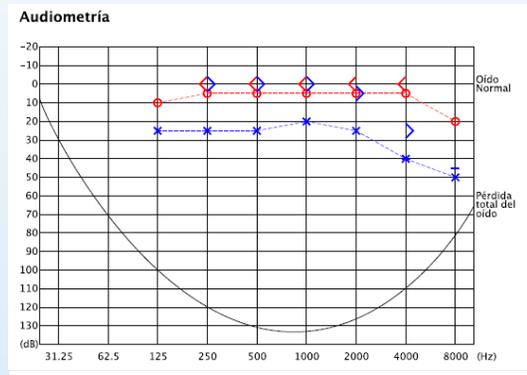
OTOMICROSCO  
DIA



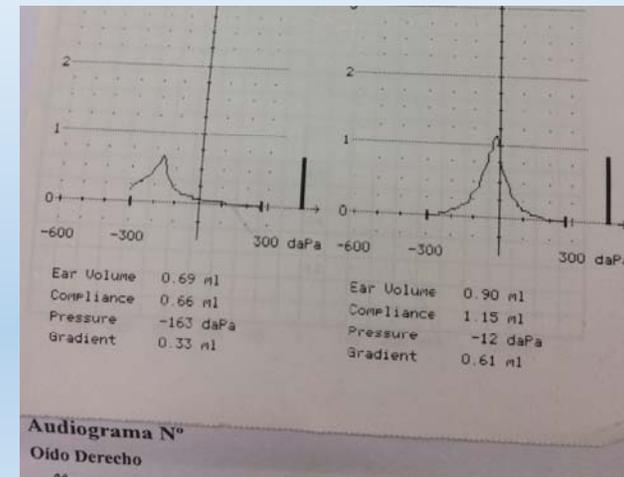
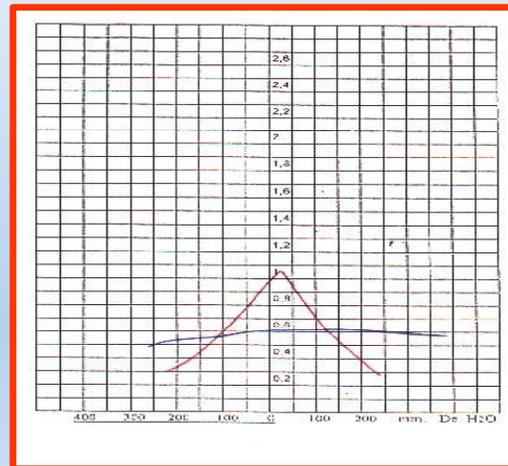


# DIAGNÓSTICO EXAMENES AUDIOLOGICOS

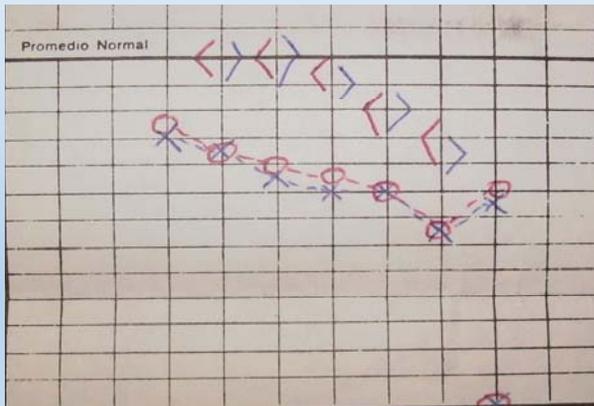
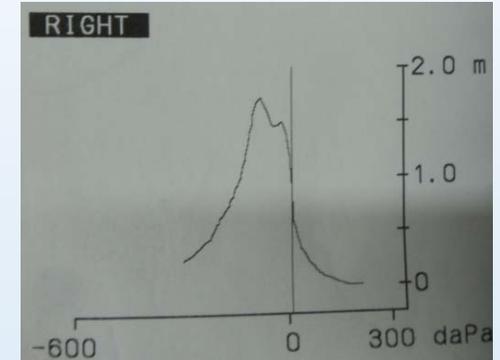
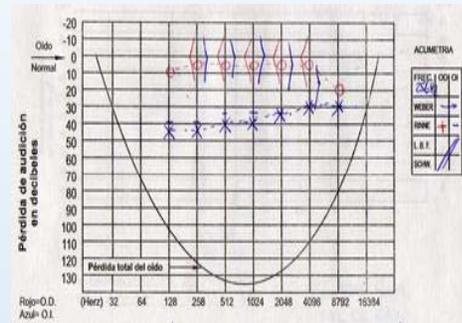
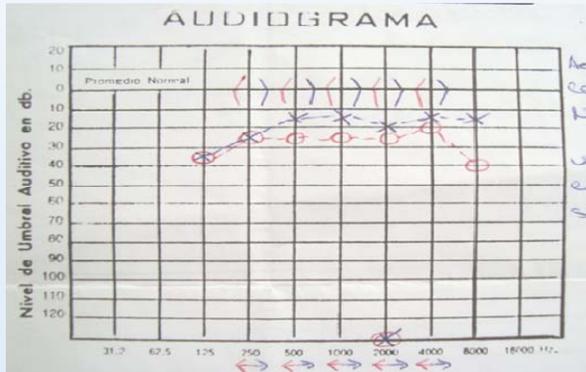
## Audiometría Tonal



## Timpanometria. Impedanciometría



# EXAMENES AUDIOLÓGICOS



Nombre: Gilberto Guerrero Fecha: 25.9.10

Edad: 6 años Ambiente:

Impedanciometría

| IMPEDANCIOMETRÍA                      |     | DINÁMICA      |                  |
|---------------------------------------|-----|---------------|------------------|
| COPRACIENCIA EN FUNCIÓN DE LA PRESIÓN |     | CORRELACIONAL |                  |
| 6                                     | 2,6 | 07/057        | 07/101           |
| 5                                     | 2,4 | U UR I s/u    | 7 REC U UR I s/u |
| 4                                     | 2,2 | 500           | 1000             |
| 3                                     | 2,0 | 2000          | 4000             |
| 2                                     | 1,8 | RE            | RE               |
| 1                                     | 1,6 |               |                  |
| 0                                     | 1,4 |               |                  |
|                                       | 1,2 |               |                  |
|                                       | 1,0 |               |                  |
|                                       | 0,8 |               |                  |
|                                       | 0,6 |               |                  |
|                                       | 0,4 |               |                  |
|                                       | 0,2 |               |                  |

ESTÁTICA

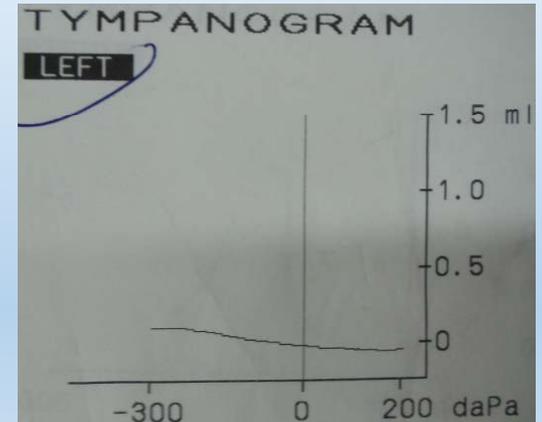
OÍDO DERECHO | OÍDO IZQUIERDO

D. H.G. Presión = 200 mm. D. S.O.

D. S.S. Presión del Paciente. D. S.O.

D. J.S. 107 0 1.45

12A

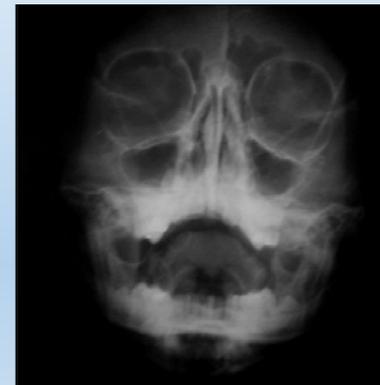


# DIAGNOSTICO RADIOLOGIA

Radiografía perfil de  
cavum



Radiografía de  
senos paranasales



# DIAGNOSTICO ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Estudio de la deglución atípica y de la función del velo del Paladar.
- Laboratorio.

# PARAMETROS PARA EVALUAR TTO.

CRITERIO CLINICO

HIPOACUSIA (UNI O BIL)  
INFECCION SUBCLINICA  
INFECCION RECURRENTE

OTOMICROSCOPICO

S/ ALARMA

C/ ALARMA

CAMB. ESTRUCT.

CAMB. POS.

EVALUACION AUDIOLOGICA (AT, LOGO, TIMP.)

HISTORIA FAMILIAR

ESTACION DEL AÑO

# TRATAMIENTO

## OBJETIVO

- Mejorar audición
- Prevenir complicaciones
- Minimizar OMA recurrente

# TRATAMIENTO

- MEDICO
- INSTRUMENTAL
- QUIRURGICO

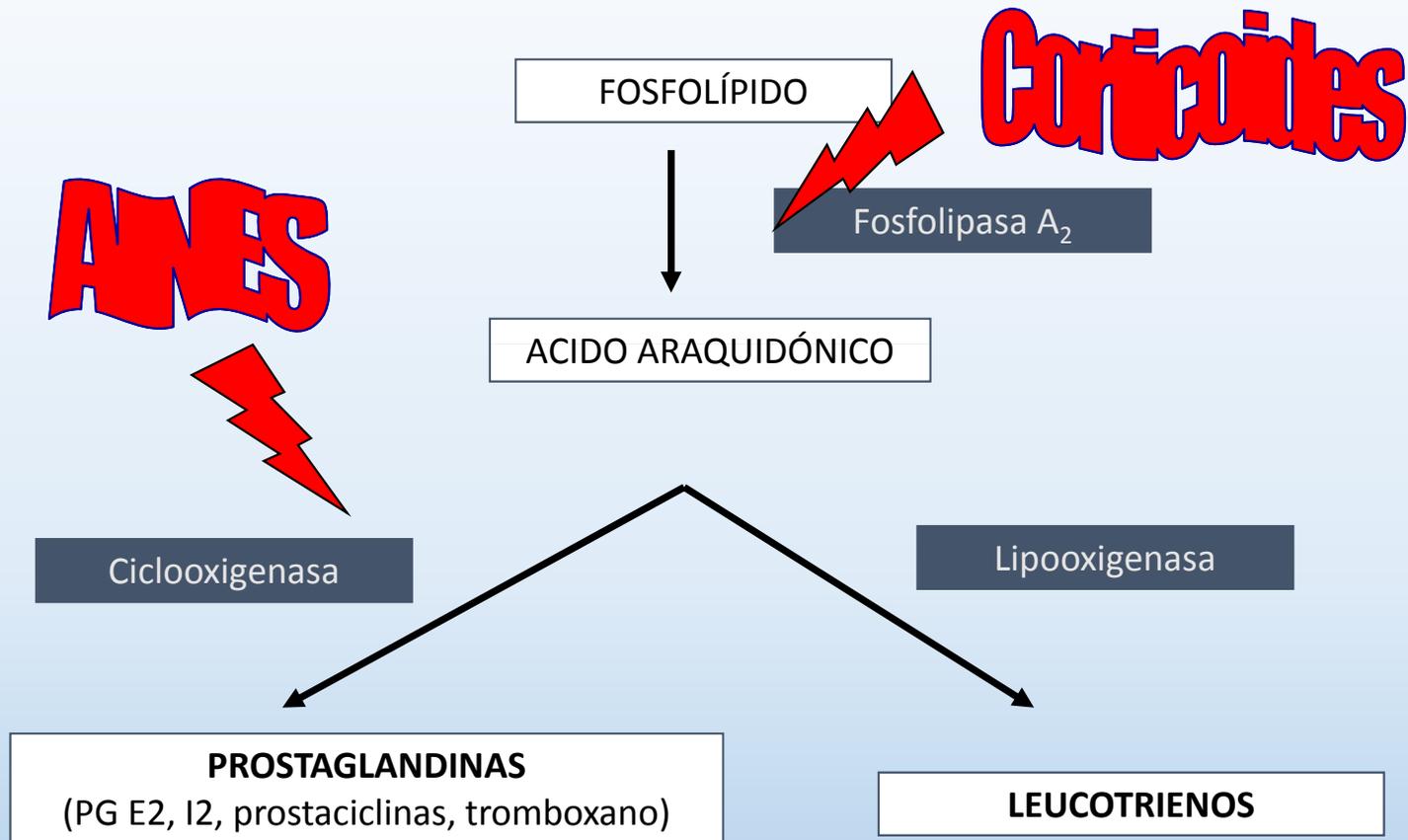
# TRATAMIENTOS CON POBRES RESULTADOS o INEFICACES

- Descongestivos orales solos
- Antihistaminicos solos
- Descongestivos + antihistaminicos solos
- Amoxi + descong. + antihistaminicos
- Mucolíticos
- Vacunoterapia
- AINES
- Amigdalectomía sola

## TRATAMIENTO MEDICO

- Se efectúa con prednisolona, a la dosis de 1mg/kg/día;

o betametasona 0,1 mg/kg/día durante 10-12 días.



# TRATAMIENTO MEDICO

## Mecanismo de acción de los corticoides

- Disminuye viscosidad del derrame
- Disminuye edema sobre trompa
- Mejora procesos alérgicos sinusales

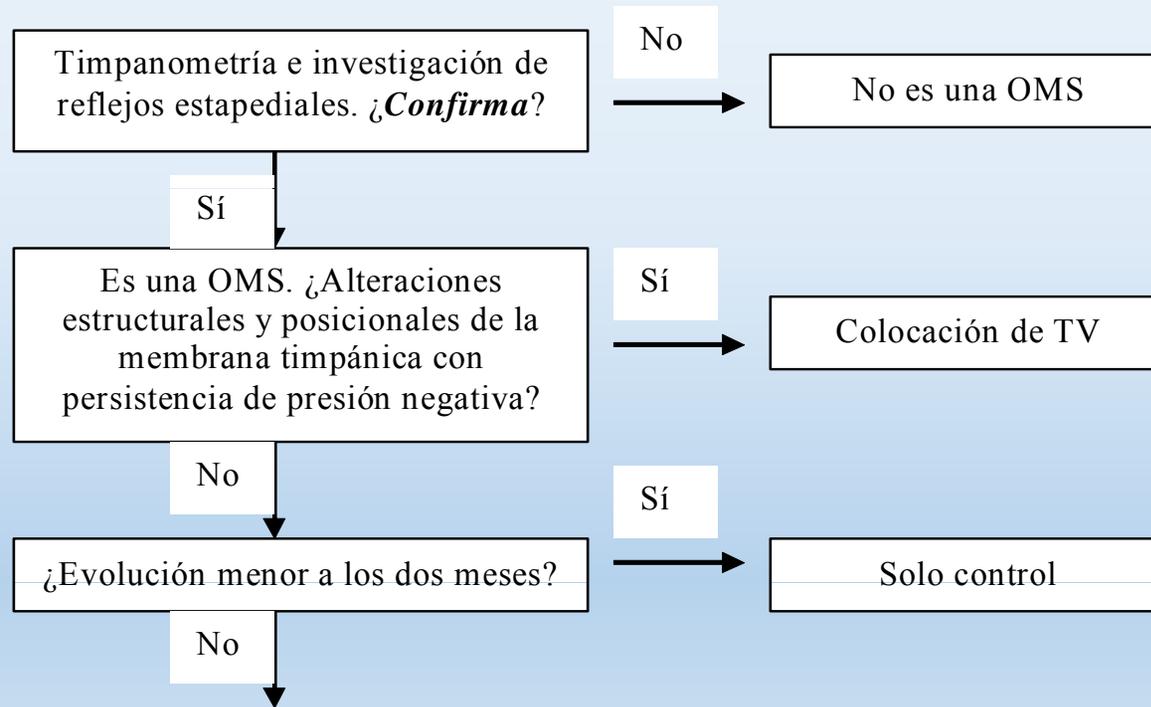
# TRATAMIENTO. INSTRUMENTAL

EJERCICIOS DE PRESIÓN POSITIVA  
(OTOVENT-VENTYTUBA)



## Algoritmo de OMS para niños mayores a 3 años

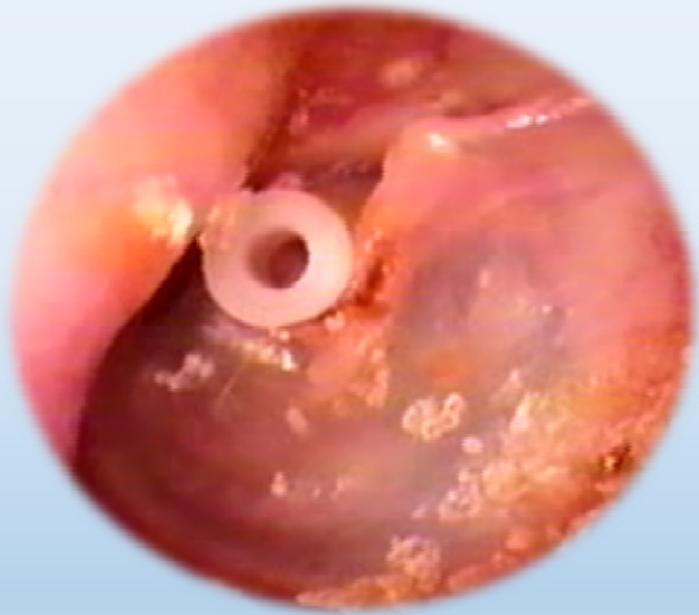
El médico sospecha una OMS y efectúa una otomicroscopía o una otoscopia neumática



# TRATAMIENTO QUIRURGICO INDICACIONES COLOCACION DE DIABOLOS

- HC bilateral  $> 30\text{dB}$   $> 6$  meses
- Alteraciones del habla o lenguaje
- Trastornos del aprendizaje
- Cambios tróficos de MT
- Atelectasia
- Fracaso de ttos previos
- OM con líquido mucoide y cambios de coloración
- OMA recurrente

# TRATAMIENTO QUIRURGICO



# ADENOIDECTOMIA

*Eficacia demostrada en la prevención  
de recurrencia de OME, sea cual sea su tamaño*

*La asociación adenoidectomía + colocación de TV  
presentan porcentajes de recidiva  
mas bajos que  
TV solo*

# SITUACIONES ESPECIALES

Otopatía secretora en único oído oyente

OMS Recidivante

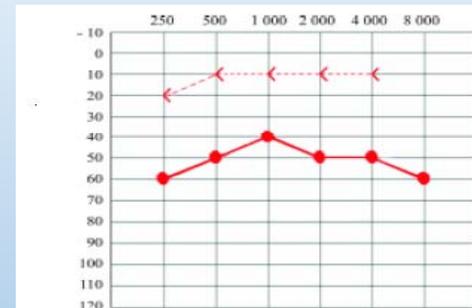
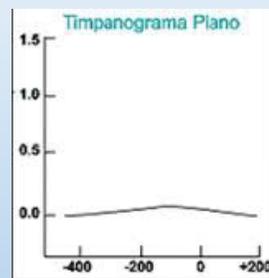
# OME

Paciente de 9 años de edad.

Operado de HAVA a los 4 años.

Hipoacusia de conducción de 50 db promedio

Timpanometría de masa.



# OME

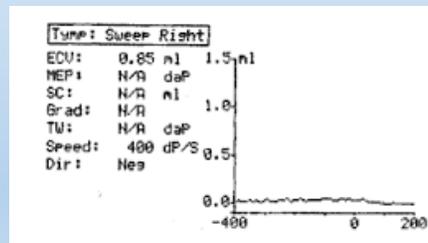
Paciente de 3 años de edad

Resfríos recurrentes.

Rx. cavum permeable

Hipoacusia de conducción de 25 db promedio bilateral

Timpanometría de masa bilateral



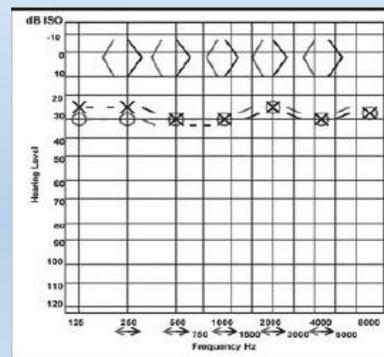
# OME

Paciente de 5 años de edad.

Respirador bucal por hipertrofia adenoamigdalina

Hipoacusia de conducción de 30db promedio

Timpanometría de masa. Problemas de atención.



# Complicaciones de diábolos

- Expulsión precoz del TV
- Obstrucción
- Otorrea
- Perforación MT residual
- Hialinización
- Granulomas
- Recidiva de OME

# COMPLICACIONES

Otorrea post colocación de DB, se define como el drenaje a través de un tubo pre colocado.

Otorrea post colocación de diábolo, es una entidad distinta a la otorrea de la OMCE, pero con similar fisiopatología y bacteriología

# Biofilms Bacteriano

Es una comunidad de Bacterias entrelazadas, adheridas a una superficie inerte en matriz de exopolisacaridos, siendo difíciles de cultivar y resistentes a los ATB.

**POST**, demostró la presencia de biofilms en la mucosa del oído medio, así como en DB retirados de pacientes con OPD, proporcionando una explicación posible a la intratabilidad del episodio tardío de OPD.

# Consideraciones post colocación de tubos de ventilacion

- No mojar el oído. Se recomienda uso de tapones de silicona a medida.
- Ante la presencia de otorrea, no utilizar gotas
- Control con ORL al menos una vez por mes , o cada dos meses
- En general se espera que los tubos se extruyan solos
- Controles con AT en el post quirúrgico ,no timpanometria

Muchas gracias por su atención

***Silmont\_55@Hotmail.com***

**Recomendaciones de:**  
***Clinical practice guideline - Rosenfeld***

**Distinguir el niño con OME con riesgo de desarrollar alteraciones del habla, del lenguaje y del aprendizaje**

**Evaluar pronto audición y lenguaje en estos niños con factores de riesgo**

# Recomendaciones de:

*Clinical practice guideline - Rosenfeld*

Evaluar audición OME > 3 meses, alt. Lenguaje, aprendizaje o hipoacusia significativa

Vigilancia: OME persistente s/ riesgo – evaluar a intervalos 3-6 meses hasta desaparición de efusión, hipoacusia o sospecha de alt de la MT

# contraindicaciones de tubos de ventilación

- Perforación
- Estable.
- Adherencias
- Extensivo
- Retracción de pars flácida
- Acumulación de queratina

