



Viernes 3 de marzo de 2023

**Seminario:
Pregunta al ORL**

Moderadora:

M.ª Isabel Astiz Blanco

Pediatra. CS Puerta Bonita. Madrid. Comité Organizador del Congreso de Actualización en Pediatría AEPap.

Ponente/monitor:

■ **Antonio Rodríguez Valiente**

Otorrinolaringólogo. Médico adjunto. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Rodríguez Valiente A. Preguntas al otorrinolaringólogo. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 241-249.



Preguntas al otorrinolaringólogo

Antonio Rodríguez Valiente

Otorrinolaringólogo. Médico adjunto.

Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

arova777@gmail.com

RESUMEN

En este texto se resume la patología otorrinolaringológica más frecuente que se atiende en pediatría de atención primaria, especialmente la patología que puede causar dudas a la hora de manejar o en las que hay discrepancias a la hora de elegir el tratamiento idóneo o su manejo.

Dentro de la patología otológica encontramos como manejar una perforación de tímpano o la otitis media serosa. El principal debate está en el diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda, especialmente en la otitis media aguda recurrente.

En el campo de la rinología hablamos principalmente de la epistaxis y de la rinosinusitis, incidiendo en el diagnóstico y, especialmente, en la evidencia en cuanto al tratamiento.

PERFORACIÓN TRAUMÁTICA DE TÍMPANO

¿Cómo trato una perforación traumática de tímpano?

El tratamiento debe ser:

- Actitud expectante.
- Evitar entrada de agua en el oído.
- Revisión en 1-2 meses para valorar si ha cerrado espontáneamente la perforación.

¿Cómo diferenciar una otitis externa de una otitis media supurada?

La otitis externa suele ocurrir en verano, presenta dolor con la manipulación del trago y del pabellón auricular, puede haber celulitis periauricular, el conducto auditivo externo (CAE) está edematoso, eritematoso y doloroso.

¿Cómo puedo tratar una otitis externa?

La otitis externa se trata con gotas antibióticas. Cuando las gotas no entran porque el conducto está muy cerrado, se puede poner un Meroce[®] en el conducto durante 24-48h.

- Otitis bacteriana: Ciprofloxacino ± corticoide.
- Otitis fúngica: Menaderm Otológico[®] (beclometasona dipropionato/clioquinol). Alcohol boricado a saturación. Ácido acético 2%.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

¿Cómo diagnostico una otitis media aguda?

Hallazgos de la membrana timpánica

Oído medio lleno de líquido y una membrana timpánica abombada (valor predictivo del 83-99%) opaca, amarilla o blanca.

Color de la membrana timpánica

Color blanco o amarillo pálido suele indicar pus en el oído medio. Una membrana timpánica roja o hemorrágica puede indicar inflamación aguda, pero es inespecífica: vasodilatación, llanto o fiebre alta.

El diagnóstico clínico requiere uno o más de los siguientes

- Abombamiento de membrana timpánica.
- Es más probable que el abultamiento de la membrana timpánica esté asociado con un patógeno

bacteriano en el oído medio. En este caso parecen beneficiarse más de la terapia con antibióticos.

- Signos de inflamación aguda (eritema de la membrana timpánica y fiebre o dolor de oído) y ocupación del oído medio.
- Perforación de la membrana timpánica con otorrea purulenta aguda si se ha excluido la otitis externa.

¿Cómo trato una OMA?

Tratamiento sintomático

El dolor es una característica común de la OMA y puede ser intenso.

Es recomendable un tratamiento para reducir el dolor, estén o no tratados con antibióticos.

Terapias no probadas

- Descongestionantes y antihistamínicos.
- Aplicación externa de calor o frío.
- Instilación de aceite de oliva o extractos de hierbas.

¿En qué casos está indicado el tratamiento antibiótico inmediato en una OMA?

Niños menores de 2 años (6 meses-2 años, OMA unilateral y síntomas leves: la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) permite la observación inicial).

Niños mayores de 2 años que parecen tóxicos, tienen otalgia persistente durante más de 48 h, temperatura ≥ 39 °C en las últimas 48 h, OMA u otorrea bilateral, o tienen acceso incierto al seguimiento y recibir tratamiento inmediato con un antibiótico apropiado.

¿En qué casos está indicada la observación en una OMA?

En niños mayores de 2 años con síntomas y signos leves y sin otorrea, la observación inicial puede ser

apropiada si los cuidadores comprenden los riesgos y beneficios.

¿Qué hago si hay perforación?

- Antibióticos orales en lugar de tópicos.
- 10 días de terapia oral son más efectivos que un ciclo más corto.
- La terapia tópica con gotas es equivalente a la terapia oral en niños con drenajes transtimpánicos (DTT) u otitis media supurativa crónica. La terapia tópica no se ha estudiado en niños con OMA y perforación aguda.

¿Cuánto tiempo tengo que esperar para ver si el tratamiento está funcionando?

48-72 horas.

¿Durante cuánto tiempo tengo que mantener el tratamiento?

Generalmente 5-7 días. En algunos casos, 10 días (<2 años, perforación MT, OMA recurrente).

¿Cuándo puedo considerar que se trata de una otitis media aguda recurrente?

Cuando presenta más de tres episodios distintos de OMA en 6 meses o más de cuatro episodios en 12 meses.

Más vale prevenir que curar

- Evitar exposición al humo del tabaco, contaminación, uso de chupete, guardería.
- Favorecer lactancia materna, xilitol (3-5 veces al día), administración anual de la vacuna del virus de la influenza, vacuna antineumocócica conjugada.
- No ha demostrado eficacia: xilitol (3 veces al día), probióticos, vitamina D, terapias complementarias,

holísticas o integradoras (hierbas; homeopatía; suplementos nutricionales, zinc).

Elección entre manejo expectante e intervenciones más agresivas

Las intervenciones más agresivas incluyen la profilaxis con antibióticos y la colocación de DTT.

- En mayores de 2 años, cuando se necesita una audición óptima para la adquisición de habilidades del lenguaje).
- Múltiples factores de riesgo, especialmente si el factor de riesgo no se puede modificar (época del año, guardería).
- Condiciones médicas predisponentes (paladar hendido, síndrome de cilio inmóvil, inmunoglobulina o deficiencia de subclase, síndromes con anomalías craneofaciales, síndrome de Down, disfunción persistente de la trompa de Eustaquio).
- Retraso en el lenguaje.
- Perforación espontánea recurrente de la membrana timpánica, que puede estar asociada con otitis media supurativa crónica.
- Episodios graves (dolor de oído moderado o intenso, dolor de oído durante ≥ 48 horas, temperatura ≥ 39 °C).
- Episodios recurrentes continuos con manejo expectante.

¿Cómo elegir entre profilaxis antibiótica y DTT?

Profilaxis antibiótica

Es la mejor opción cuando no hay otitis media serosa (OMS). Se debe administrar durante los meses de otoño, invierno y principios de la primavera, cuando las infecciones respiratorias son más frecuentes, pero no por más de 6 meses.

DTT

- Ha tenido episodios progresivos de OMA mientras recibía profilaxis con antibióticos.
- Ha rechazado la profilaxis con antibióticos.
- Tiene alergias a varios medicamentos.

OTITIS MEDIA SEROSA**¿Cómo diagnosticar una otitis media serosa?**

La OMS puede confirmarse mediante otoscopia en niños con: burbujas o un nivel hidroaéreo, color anormal (ámbar, gris o azul), opacidad de la membrana timpánica.

Manejo de la otitis media serosa

- Las principales opciones de tratamiento son la “expectante” y la miringotomía con colocación DTT (con o sin adenoidectomía).
- La miringotomía sola, sin la inserción de un DTT, es ineficaz en el tratamiento de la OMS.
- Dilatación endoscópica con balón de la trompa de Eustaquio: parece prometedor.
- Audífonos: para los casos de OMS crónica que no pueden someterse a DTT.
- No probado o ineficaz: antibióticos, glucocorticoides orales e intranasales, autoinflado nasal con balón y terapias complementarias y alternativas.

Indicación de drenajes transtimpánicos

- Retraso del lenguaje o bajo rendimiento escolar asociado con anomalías de comportamiento en el niño mayor.
- OMS bilateral de ≥ 3 meses de duración.

- OMS unilateral o bilateral durante 3 meses o más (OMS crónica) y síntomas que probablemente sean atribuibles a OMS que incluyen problemas de equilibrio, bajo rendimiento escolar, problemas de comportamiento, molestias en los oídos, trastornos del sueño, cambio de comportamiento.
- Duración prolongada (OMS unilateral durante ≥ 6 meses).
- Edad < 3 años (un momento crítico para el desarrollo del habla y el lenguaje).
- Episodios de OMA recurrentes, definidos como tres o más episodios en 6 meses o cuatro o más episodios en 12 meses si hay líquido en el oído medio en el momento de la evaluación para la colocación del DTT en al menos un oído.
- Temporada: el inicio en verano u otoño se asocia con la falta de resolución espontánea.
- Entorno del hogar que no favorece el desarrollo del lenguaje.

Recurrencia después de la extrusión del DTT

- < 4 años: repetir la colocación del DTT sin adenoidectomía.
- ≥ 4 años: colocación de DTT. La adición de adenoidectomía se asocia con mejores tasas de resolución y disminución de las tasas de cirugía adicional en niños ≥ 4 años.

¿Qué tratamientos no son útiles en la OMS?

- **Antibióticos:** no es una enfermedad infecciosa y, por lo tanto, no debe tratarse con antibióticos.
- **Glucocorticoides orales:** aunque pueden acelerar la resolución a corto plazo, la mejoría en la audición y el estado funcional no está comprobada y es cuestionable.

- **Glucocorticoides intranasales:** no, a menos que sean necesarios para el tratamiento de la rinitis subyacente.
- **Autoinsuflación:** no debe usarse en niños con secreción nasal activa.
- **Antihistamínicos y descongestionantes:** no reducen la duración ni previene las complicaciones. Mayor riesgo de efectos secundarios.
- **Terapias complementarias y alternativas:** no.
- **Probióticos:** pueden ser beneficiosos, pero se necesitan estudios adicionales.

EPISTAXIS

¿Cuál es la causa más frecuente de epistaxis en niños?

Sequedad, traumatismo o irritación de la mucosa, aunque muchos casos son idiopáticos. El 90% surgen del plexo de Kiesselbach y casi siempre son autolimitadas.

¿Es necesario pedir pruebas complementarias en la evaluación de la epistaxis?

La evaluación de laboratorio de rutina no está indicada para la mayoría de los niños con epistaxis autolimitada. Sí está indicada en pacientes con:

- Hemorragias nasales recurrentes **frecuentes**,
- Hemorragias nasales **graves** que son **difíciles de controlar**
- **Antecedentes** personales o familiares que sugieran un trastorno hemorrágico.

Manejo del episodio agudo de sangrado nasal

- La mayoría de las epistaxis son menores y se tratan fácilmente con compresión directa del ala nasal durante 5 a 10 minutos. Sentado e inclinado hacia adelante.

- Hielo o un paño frío en el cuello, la frente o los huesos nasales no ha demostrado la reducción del flujo sanguíneo nasal.
- Si la compresión directa no detiene fácilmente la epistaxis, la vasoconstricción tópica puede ser útil: oximetazolina.
- Si no se dispone de oximetazolina, se recomienda la dosis mínima de fenilefrina necesaria para obtener vasoconstricción

¿Qué hacemos si el sangrado no cede con la compresión?

- Cauterio con nitrato de plata. Aplicar previamente anestesia tópica con lidocaína.
- Taponamiento nasal con Merocel® o Rhinocell®.

¿Cómo puedo prevenir los sangrados nasales?

- Humidificación de la mucosa nasal: aerosol nasal de solución salina, 2-4 veces/día.
- Prevención de traumatismos locales: desalentar hurgarse la nariz, mantener las uñas bien recortadas.

Medidas adicionales:

- Cauterización: puede ser una medida temporal si se observan vasos prominentes en el plexo de Kiesselbach.
- Terapia tópica para reducir la inflamación crónica causada por *Staphylococcus aureus*, que puede desempeñar un papel en la epistaxis recurrente.
- A menudo se recomienda la aplicación de vaselina en la nariz, pero no tiene ningún beneficio sobre la simple observación.

¿Cuándo debo derivar al paciente con epistaxis?

Epistaxis grave (hemorragia incontrolable, epistaxis posterior o hemodinámicamente inestable), epistaxis recurrente problemática o anomalías locales, como tumores, pólipos o telangiectasias.

RINOSINUSITIS (RS)

¿Qué es la rinosinusitis?

Proceso inflamatorio: inflamación fosas nasales y senos paranasales. Tiene unos criterios diagnósticos.

¿Qué diferencia hay entre rinosinusitis aguda y crónica?

- Aguda: <12 semanas.
- Aguda recurrente: cuatro o más episodios al año con intervalos libres de enfermedad.
- Crónica: >12 semanas.

¿Cómo se diagnostica una rinosinusitis aguda en AP?

Comienzo brusco de dos o más de los síntomas:

- Bloqueo/obstrucción/congestión nasal.
- Secreción nasal.
- Dolor/presión facial.
- Tos (durante el día y la noche).

Validado en consulta o por teléfono durante <12 semanas.

Se deben incluir preguntas sobre síntomas de alergia: estornudos, rinorrea acuosa, picor nasal o de ojos. Otros síntomas: irritación faríngea, laríngea y traqueal, tos, disfonía, malestar, fiebre, etc.

- RS **viral** aguda (catarro): <10 días.
- RS **posviral** aguda: >10 días o aumento de los síntomas después de 5 días.
- RS **bacteriana** aguda: al menos tres síntomas/signos:
 1. Secreción decolorada/purulenta en la cavidad nasal.
 2. Dolor local severo (unilateral).
 3. Fiebre (>38 °C).
 4. VSG/PCR elevada.
 5. "Doble enfermedad" (es decir, un deterioro después de una fase inicial más leve de la enfermedad).

¿Cuándo debo preocuparme en una rinosinusitis aguda?

Presencia de síntomas de alarma:

- Edema periorbitario.
- Desplazamiento globo ocular.
- Visión doble.
- Oftalmoplejía.
- Disminución agudeza visual.
- Cefalea intensa.
- Tumefacción frontal.
- Signos de meningitis o neurológicos focales.

¿Cómo trato una rinosinusitis aguda en AP?

El tratamiento es sintomático. Se puede utilizar: paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), lava-

dos nasales con suero fisiológico, vitamina C. En la RS posviral, se pueden utilizar corticoides nasales. En la RS bacteriana se añade tratamiento antibiótico.

El papel de los antibióticos es muy limitado, y debería ser solo empleado en situaciones de enfermedad severa. Las complicaciones son raras, y no se previenen prescribiendo antibióticos de forma rutinaria.

¿Cómo trato una rinosinusitis crónica en AP?

Lavados nasales. El corticoide nasal se puede usar dado su efecto antiinflamatorio y excelente seguridad.

No evidencia: antihistamínicos, modificadores de leucotrienos, descongestionantes, mucolíticos.

CUERPO EXTRAÑO (CE) NASAL

¿Qué síntomas produce un cuerpo extraño nasal?

- Sin síntomas (71-88%).
- Secreción nasal mucopurulenta (17-24%).
- Mal olor (9%).
- Epistaxis (3-6%).
- Obstrucción nasal (1-3%).
- Respiración por la boca (2%).

Tratamiento de un cuerpo extraño nasal

En la mayoría de los cuerpos extraños nasales la extracción es un procedimiento electivo. Las pilas de botón en la cavidad nasal necesitan una extracción urgente.

¿Cómo se extrae un cuerpo extraño nasal?

Hacer que el paciente se suene la nariz mientras ocluye la fosa nasal opuesta es el método más sencillo y con frecuencia tiene éxito.

¿Cuándo debo derivar un cuerpo extraño nasal?

- CE posteriores (es decir, no se visualizan fácilmente mediante rinoscopia anterior).
- CE impactados asociados con una inflamación marcada, especialmente pilas de botón o imanes, que requieren una extracción urgente.
- CE penetrantes o enganchados.
- Cualquier CE que no se pueda extraer en el intento inicial debido a una cooperación deficiente, sangrado o instrumentación limitada.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Donaldson AM, Choby G, Kim DH, Marks LA, Lal D. Intranasal Corticosteroid Therapy: Systematic Review and Meta-analysis of Reported Safety and Adverse Effects in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163:1087-96.
- Francis NA, Cannings-John R, Waldron CA, Thomas-Jones E, Winfield T, Shepherd V, et al. Oral steroids for resolution of otitis media with effusion in children (OSTRICH): a double-blinded, placebo-controlled randomised trial. *Lancet.* 2018;392:557-68.
- Frost HM, Gerber JS, Hersh AL. Antibiotic Recommendations for Acute Otitis Media and Acute Bacterial Sinusitis. *Pediatr Infect Dis J.* 2019;38:217.
- Gallant JN, Basem JI, Turner JH, et al. Nasal saline irrigation in pediatric rhinosinusitis: A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018;108:155.
- Hoberman A, Preciado D, Paradise JL, Chi DH, Haralam M, Block SL, et al. Tympanostomy Tubes or Medical Management for Recurrent Acute Otitis Media. *N Engl J Med.* 2021;384:1789-99.
- Hullegie S, Venekamp RP, van Dongen TMA, Hay AD, Moore MV, Little P, et al. Prevalence and Antimicro-

- bial Resistance of Bacteria in Children With Acute Otitis Media and Ear Discharge: A Systematic Review. *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40:756-62.
- Hum SW, Shaikh KJ, Musa SS, Shaikh N. Adverse Events of Antibiotics Used to Treat Acute Otitis Media in Children: A Systematic Meta-Analysis. *J Pediatr.* 2019;215:139-42.
 - Leichtle A, Hollfelder D, Wollenberg B, Bruchhage KL. Balloon Eustachian Tuboplasty in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274:2411-19.
 - Marom T, Marchisio P, Tamir SO, Torretta S, Gavriel H, Esposito S. Complementary and Alternative Medicine Treatment Options for Otitis Media: A Systematic Review. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e2695.
 - Messina NL, Williamson DA, Robins-Browne R, Bryant PA, Curtis N. Risk Factors for Carriage of Antibiotic-resistant Bacteria in Healthy Children in the Community: A Systematic Review. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39:397-405.
 - Perera R, Glasziou PP, Heneghan CJ, McLellan J, Williamson I. Autoinflation for hearing loss associated with otitis media with effusion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013:CD006285.
 - Ranakusuma RW, McCullough AR, Safitri ED, Pitoyo Y, Widyaningsih W, Del Mar CB, et al. Oral prednisolone for acute otitis media in children: a pilot, pragmatic, randomised, open-label, controlled study (OPAL study). *Pilot Feasibility Stud.* 2020;6:121.
 - Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;154:S1-S41.
 - Rosenfeld RM, Tunkel DE, Schwartz SR, Anne S, Bishop CE, Chelius DC, et al. Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;166(1_suppl):S1-S55.
 - Ruohola A, Laine MK, Tähtinen PA. Effect of Antimicrobial Treatment on the Resolution of Middle-Ear Effusion After Acute Otitis Media. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2018;7:64-70.
 - Shaikh N, Dando EE, Dunleavy ML, Curran DL, Martin JM, Hoberman A, et al. A Cost-Utility Analysis of 5 Strategies for the Management of Acute Otitis Media in Children. *J Pediatr.* 2017;189:54-60.e3.
 - Simon F, Haggard M, Rosenfeld RM, Jia H, Peer S, Calmels MN, et al. International consensus (ICON) on management of otitis media with effusion in children. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135:S33-S39.
 - Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017:CD004417.
 - Steele DW, Adam GP, Di M, Halladay CH, Balk EM, Trikalinos TA. Effectiveness of Tympanostomy Tubes for Otitis Media: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2017;139:e20170125.
 - Svider P, Arianpour K, Mutchnick S. Management of Epistaxis in Children and Adolescents: Avoiding a Chaotic Approach. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65:607-21.
 - Tunkel DE, Anne S, Payne SC, Ishman SL, Rosenfeld RM, Abramson PJ, et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;162:S1-S38.
 - Uitti JM, Tähtinen PA, Laine MK, Ruohola A. Close Follow-up in Children With Acute Otitis Media Initially Managed Without Antimicrobials. *JAMA Pediatr.* 2016;170:1107-08.
 - Venekamp RP, Burton MJ, van Dongen TM, van der Heijden GJ, van Zon A, Schilder AG. Antibiotics for otitis media with effusion in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD009163.

- Venekamp RP, Mick P, Schilder AG, Nunez DA. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;CD012017.
- Venekamp RP, Prasad V, Hay AD. Are topical antibiotics an alternative to oral antibiotics for children with acute otitis media and ear discharge? *BMJ.* 2016;352:i308.
- Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;CD000219.
- Wald ER, DeMuri GP. Antibiotic Recommendations for Acute Otitis Media and Acute Bacterial Sinusitis: Conundrum No More. *Pediatr Infect Dis J.* 2018;37:1255-57.