

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

¿Sirve Otovent para la otitis media serosa en Atención Primaria?

Ruiz-Canela Cáceres J¹, Solanellas Soler J²

¹CS Virgen de África. Sevilla (España)

²Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla (España)

Correspondencia: Juan Ruiz-Canela Cáceres, jruizcanela@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2016 • Fecha de aceptación: 22 de febrero de 2016

Fecha de publicación del artículo: 9 de marzo de 2016

Evid Pediatr. 2016;12:15

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz-Canela Cáceres J, Solanellas Soler J. ¿Sirve Otovent para la otitis media serosa en Atención Primaria? Evid Pediatr. 2016;12:15.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: [artículo está disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2016;12:15](http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2016;12:15)

©2005-16 • ISSN: 1885-7388

¿Sirve Otovent para la otitis media serosa en Atención Primaria?

Ruiz-Canela Cáceres J¹, Solanellas Soler J²

¹CS Virgen de África. Sevilla (España)

²Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla (España)

Correspondencia: Juan Ruiz-Canela Cáceres, jruizcanela@gmail.com

La otitis media con efusión (OME) u otitis media serosa (OMS) en castellano tiene múltiples sinonimias tales como: otitis media secretoria, otitis seromucosa, otitis media catarral crónica, otitis media crónica con efusión, *glue ear*, etc. Se diferencia de la otitis media aguda (OMA) por la ausencia de síntomas y la integridad de la membrana timpánica. Asimismo, la imagen otoscópica es muy característica: tímpano íntegro, retracción de la membrana timpánica, a diferencia del abombamiento que se suele dar en la OMA, color ámbar del tímpano con presencia de niveles y una disminución de la movilidad que puede evidenciarse mediante la otoscopia neumática o la timpanometría¹.

Como en la OMA, su incidencia es mayor durante los primeros años de vida, siendo por debajo de los dos años cuatro veces más frecuente que en edades superiores.

Los factores de riesgo son los mismos que la OMA: edad, sexo, presencia de fisura palatina, anomalías craneofaciales, predisposición genética, deficiencias inmunitarias y rinitis alérgicas.

Tal como se ha comentado anteriormente, la disminución de la movilidad timpánica, que nos indica posibilidad de la presencia de un exudado en el oído medio puede ser demostrada mediante la otoscopia neumática descrita por Siegle. No obstante, la realización de dicha exploración en niños no es siempre sencilla y requiere determinadas habilidades. La timpanometría permite complementarla, pues la existencia de un determinado patrón de curva obtenido, tipo B o CI, nos indica con un alto grado de probabilidad la existencia de exudado tras un tímpano íntegro.

La timpanometría no se considera, como tal, una prueba que permita valorar el grado de pérdida auditiva. Sin embargo, en la mayoría de los casos, una curva de estas características (B, CI) implicará una alteración de los umbrales auditivos dentro de las frecuencias conversacionales.

La hipoacusia provocada por una OME, sobre todo si es bilateral, puede ocasionar unas pérdidas de hasta 40-50 dB dentro del rango de las frecuencias conversacionales y ello puede ser motivo de alteraciones en el desarrollo del habla, el aprendizaje escolar y la socialización del niño.

Hasta tres meses después de un episodio de OMA puede haber exudado en el oído medio. Esta alta prevalencia y los costes asociados al proceso han condicionado muchos estudios de efectividad²⁻⁵.

Clásicamente, se han propuesto múltiples tratamientos para la OME, como los antibióticos, los antihistamínicos, los descongestivos, los corticoides, la homeopatía y los inmunostimulantes en su forma tópica o sistémica. No obstante, no existe evidencia clara de su utilidad. Incluso en guías recientes como la actualización sobre la OME de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial de 2016 no recomienda el uso de muchos de estos tratamientos para la OME³.

Actualmente, y debido a que un porcentaje importante de niños evolucionan hacia la curación de un modo espontáneo en un periodo de unos pocos meses, se aconseja una conducta expectante durante tres meses tras el diagnóstico.

Transcurrido este tiempo, se recomienda realizar una audiometría para evaluar su impacto en su audición. No obstante, en un niño menor de cuatro años no siempre es factible realizar una audiometría tonal convencional y no todos los centros disponen de la posibilidad de realizar una audiometría lúdica o del comportamiento.

Como tratamiento definitivo para la OME, el procedimiento que más se viene utilizando consiste en la inserción de tubos de aireación, una intervención quirúrgica realizada bajo anestesia general, beneficiándose aquellos pacientes con OME bilateral con pérdidas medias en frecuencias conversacionales (500-2000 Hz) de 20 dB o más, dependiendo de las guías tras la realización de una prueba auditiva, ya sea una audiometría tonal si es posible, o bien una audiometría lúdica o unos potenciales evocados auditivos²⁻⁴.

La autoinsuflación es una alternativa a la conducta expectante en aquellos niños que son capaces de realizarla y que tienen problemas continuos con OME.

La técnica de autoinsuflación tiene mínimos efectos adversos, aunque no están claros los posibles beneficios. No obstante, Cochrane y Clinical Evidence recomiendan su uso durante el

tiempo de espera hasta la toma de decisión quirúrgica⁴. Estos mismos estudios, sin embargo, resaltan algunas lagunas y debilidades metodológicas importantes en los trabajos analizados. Un nuevo trabajo se comenta en este número de *Evidencias en Pediatría*⁶, un ensayo clínico de Williamson sobre la autoinsuflación⁷.

Este estudio es el de mejor calidad hasta la fecha sobre este tema, aunque los resultados que se valoran son a corto plazo y su eficacia a largo plazo desconocida. Con este ensayo incluido dentro una próxima revisión Cochrane, los resultados serían significativos, a diferencia de la anterior revisión sistemática.

El uso empírico de la autoinsuflación parece razonable, especialmente en los niños en edad escolar, ya que se asocia con efectos adversos mínimos. La guía NICE de 2008 recomienda que la autoinsuflación puede ser utilizada durante el periodo de observación activa para los niños con OME que son propensos a cooperar con dicho procedimiento, como comenta Martínez-Rubio^{5,6}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenfeld RM, Bluestone CD. Clinical pathway for otitis media with effusion. En: Rosenfeld RM, Bluestone CD (eds.). *Evidence-based otitis media*. 2.^a edición. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc; 2003. p. 303.
2. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Pynnonen MA, Tunkel DE, Hussey HM, Fichera JS, et al. Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149:S1.
3. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion executive summary (update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;154:201-14.
4. 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;5: CD006285.
5. Otitis media with effusion in under 12s: surgery. En: National Institute for Health and Care Excellence [en línea] [actualizado en febrero de 2014; consultado el 3/03/2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg60>
6. Martínez Rubio MV, Albi Rodríguez MS. ¿Es la autoinsuflación tubárica (Otovent®) efectiva para tratar la otitis media serosa en Atención Primaria? *Evid Pediatr*. 2016;12:5.
7. Williamson I, Vennik J, Harnden A, Voysey M, Perera R, Kelly S, et al. Effect of nasal balloon autoinflation in children with otitis media with effusion in primary care: an open randomized controlled trial. *CMAJ*. 2015;187:961-9.