

11236

27

2ej

HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE

**TRATAMIENTO SISTEMICO DE OTOMASTOIDITIS
CRONICA, UN ESTUDIO COMPARATIVO**

TRABAJO DE INVESTIGACION

DRA. PATRICIA NUÑEZ HERNANDEZ

MEXICO D.F. 1990.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN:

El tratamiento médico de la Otomastoiditis crónica es difícil y frustrante. Los pacientes se presentan con una historia clínica de otorrea de larga evolución y fracasos repetidos ante el uso de antibioticos sistémicos de uso común. La literatura reciente muestra la presencia cada vez más frecuente de bacterias anaerobias que actualmente muestran la misma incidencia que los germenés aerobios en OMC.

El presente estudio evalúa la efectividad de Trimetropin/sulfametoxazol contra la asociación de Trimetropin con Sulfametoxazol + Metronidazol a dosis convencionales, basando en la sensibilidad in vitro de estos a los organismos más frecuentes en la OMC.

La administración de Trimetropin /sulfametoxazol mostró curación en 32% de los pacientes, mejoría en 32%, recurrencia en 20% y estancamiento o sin respuesta el 16%. La asociación de Trimetropin/sulfametoxazol + Metronidazol mostró curación en 48% mejoría en el 44% recurrencia en el 8%. Todos los pacientes bajo este régimen terapéutico mostraron una respuesta favorable en un período más breve.

TRATAMIENTO SISTEMICO DE OTOMASTOIDITIS CRONICA UN ESTUDIO
COMPARATIVO.

Summary:

The medical treatment for Chronic Otitis media is difficult and frustrating. Patients usually have a long clinical history of ear discharge with repeatedly poor results upon the use of comon sistemic and topic antibiotics. Recent literature shows a more frecuent presance of anaerobic bacteria which actually have the same incidence as the aerobic bacteria in COM.

The present study evaluates the efficiancy of Trimetropin/Sulfametoxazol vs. the association Trimetropin/Sulfametoxazol + Metronidazol using conventional dosage, this based on the sensibility in vitro of the drugs to the most common microorganisms found in Chronis otitis media.

The administration of Trimetropin/sulfametoxazol showed Cure in 32% of the patients; improvement in 32% recurrence in 20% and stagnation in 16%. The asociation of Trimetropin/sulfametoxazol + Metronidazol showed Cure in 48% improvement in 44% recurrence in 8%. All the patients that underwent this treatment showed good results in a shorter period of time.

INTRODUCCION:

La otitis media crónica ha sido reconocida desde hace miles de años. Fue Hipócrates (460-375 a.C.) quien se reconoce el primero en describirla como asociada a padecimiento infeccioso que se acompaña de fiebre, otorrea e hipoacusia. (1). Carentes de juicio clínico y de elementos terapéuticos, los médicos que siguieron a Hipócrates fueron simples espectadores de la evolución natural de estos procesos y de sus resultados funestos.

No fue sino hasta la segunda guerra mundial en que la otitis media crónica recibió la atención adecuada y aunado a la introducción de la Penicilina y sulfonamidas en que se obtiene la reducción definitiva de la mortalidad de esta enfermedad (1,2).

Esta enfermedad otológica es actualmente un problema grave de salud en países subdesarrollados como el nuestro, esto revela el nivel de educación y el conocimiento que un país tiene de problemas de salud, ya que aumenta su incidencia directamente proporcional al subdesarrollo de dicha sociedad. Baste saber que actualmente ocupa más del 50% de la consulta de servicios de otorrinolaringología que atienden poblaciones de escasos recursos (3,4).

Como regla, las supuraciones agudas del oído medio se resuelven en seis semanas. Las supuraciones que persisten más suelen acarrear un daño irreversible en la mucosa de la hendidura del oído medio y en el hueso subyacente, como resultado de la infección crónica se ha encontrado que estos pacientes presentan anomalías ciliares incluyendo delección, túbulos supernumerarios y fusiones ciliares lo que propicia un círculo vicioso que impide la resolución del padecimiento de manera

espontánea (2,5,6).

Entre los factores que ocasionan el desarrollo de una otitis media crónica son:

- 1.- Disfunción tubaria.
- 2.- Perforación persistente de la membrana timpánica.
- 3.- Alteración del oído medio con patología irreversible.
- 4.- Obstrucción permanente de la aereación del oído medio y mastoides.
- 5.- Zonas de formación de secuestros o de osteomielitis permanente en la mastoides.
- 6.- Factores constitucionales: pacientes inmunodeprimidos o alergia (7,8).

La infección es siempre polimicrobiana en donde se asocian los gérmenes aerobios Gram (+) y Gram (-) así como gérmenes anaerobios que en estudios recientes se reportan con una incidencia más alta por lo que actualmente marchan a la par los microorganismos aerobios. (9,10,11,12).

La sintomatología de la otitis media crónica es clásica:

Otorrea: de larga evolución que dependiendo de la cronicidad del padecimiento y etapa en que se encuentre sera purulenta o mucolide. La expulsión de material purulento muy fétido y de color amarillo grisáceo, sugiere colesteatoma.

Hipoacusia: habitualmente de tipo conductivo, guardando una relación directamente proporcional al grado de lesión del oído medio, en etapas avanzadas puede incluso llegar a la anacusia.

Dolor: síntoma raro y cuando se presenta es signo de gravedad.

Vértigo y parálisis facial: sugieren complicación otológica siendo estas las más frecuentes (13).

El diagnóstico no presenta ningún problema ya que una simple otoscopia sin el uso de material sofisticado ratifica el diagnóstico.

Las complicaciones pueden ser de dos tipos: otológicas y/o intracraneales. Entre las primeras figuran como ya se mencionó la Parálisis Facial, La Fístula Laberíntica y el Absceso Mastoideo. Entre las intracraneales mencionaremos la meningitis otógena localizada, y la difusa, absceso extradural y subdural, al absceso cerebral otógeno, al absceso cerebeloso otógeno, la Trombosis de los senos lateral y petroso y la Hidrocefalia óptica. Si bien es cierto que su frecuencia hoy en día es cada vez menor y que las complicaciones otológicas pueden ser manejadas con microcirugía pudiendo obtener un 90 a 100% de su restauración funcional, las de tipo intracraneano continúan siendo fatales casi siempre (13,14,15).

Tratamiento:

El tratamiento de la Otitis Media Crónica habitualmente es quirúrgico. Aunque es indispensable el control de la infección y detener el progreso de la enfermedad, ya que la cirugía en un oído seco es de mayor éxito que en aquel en que existe otorrea purulenta infectada.

Es recomendable que el oído permanezca seco por lapso no menor de tres meses, aunque esto en algunos casos no es posible.

Valoración radiológica a través de Rx Shuller comparativo de mastoides, Politomografía de oídos, Valoración audiológica.

Para la valoración final del tratamiento se empleó el siguiente criterio clínico: 1) Curación: a) Oído libre de otorrea

b) Color de mucosa: rosa brillante.

c) Ausencia de tejido de granulación o pólipos

2) Recurrencia: Reparación de:

a) Otorrea

b) Mucosa hiperémica

c) Presencia de tejido de granulación o pólipos

3) Mejoría: a) Disminución de la descarga

b) Disminución de la turbiedad de la descarga

4) Estancamiento: Sin alteración clínica aparente

Las premisas que debe seguir un tratamiento óptimo son:

- a) Erradicar el proceso infeccioso
- b) Eliminar toda posibilidad de recidiva, secuela o complicación.
- c) Mantener o restaurar la audición

Para cumplir éstas el tratamiento debe ser multidisciplinario lo que implica: primero; tratamiento sistémico efectivo contra los germenés mas frecuentes en otomastoiditis crónica. Segundo: tratamiento tópicó que tiene la ventaja de poder administrar drogas de uso inadecuado de manera sistémica (16,17). Y tercero: tratamiento quirúrgico que elimine por completo la patología y de ser posible restablezca la función.

Entre los fármacos que han demostrado efectividad ante la Otomastoiditis crónica contamos con el Trimetropin con Sulfametoxazol y recientemente el uso Metronidazol asociado a Quinolonas (18,19,20).

Reportandose en esta última asociación hasta un 90% de éxito al liberar al oído de otorrea. A pesar de estos reportes las Quinolonas quedan lejos del alcance adquisitivo de la población afectada de otomastoiditis crónica. Con esta inquietud valoraremos la respuesta a la administración de Trimetropin con Sulfametoxazol asociado a Metronidazol.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron 50 pacientes, de sexo masculino y femenino de todas las edades a quienes se les repartio, en forma aleatoria en dos grupos de 25 pacientes cada uno, Grupo A (TMP/SMZ + Metronidazol) y Grupo B (TMP/SMZ).

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes portadores de otomastoiditis crónica.

Se excluyeron los pacientes que presentaran cualquiera de las siguientes características: pacientes con Diabetes Mellitus descompensada Insuficiencia hepática, renal o cardíaca, Enfermedad Péptica, y alergia o intolerancia a los medicamentos instituidos en el tratamiento.

Se eliminarían aquellos pacientes que presentaran enfermedad péptica secundaria al tratamiento o en caso de la suspensión de éste.

Cada paciente del grupo A recibió tratamiento a base de TMP/SMZ dos tabletas (80 mg./400 mg. respectivamente) cada 12 horas por diez días y una a dos tabletas de Metronidazol (250 mg.) cada 8 horas por diez días dependiendo de la edad. El grupo B recibió tratamiento a base de TMP/SMZ dos tabletas cada 12 horas por un período máximo de 20 días. Todos los pacientes fueron valorados cada tercer día durante la primer semana, posteriormente cada 7 días en tres ocasiones mas y finalmente una valoración mensual durante tres meses.

A los pacientes se les practicó historia clínica otorrinolaringológica, Exploración física otorrinolaringológica con énfasis en la Otoscopia misma que valoraría: características de otorrea, tipo de perforación y la presencia de colesteatoma.

RESULTADOS

Se estudiaron 50 pacientes repartidos aleatoriamente en dos grupos 30 femeninos y 20 masculinos entre 3 y 68 años de edad (gráfica 1 y 2) con una historia clínica de otorrea de < 1 año a 15 años (gráfica 3).

Los pacientes presentaron hipoacusia de superficial, moderada y profunda en un porcentaje de 12% 60% y 28% respectivamente (gráfica 4).

De acuerdo al criterio clínico que se utilizó para valorar la eficacia del tratamiento se reportaron los siguientes datos: Grupo A; curación en 12 pacientes (40%) mejoría 11 pacientes (44%) recidiva 2 (8%) estancamiento 0 (0%).

En el Grupo B: curación en 8 pacientes (32%) mejoría 8 () recidiva 5 (20%) estancamiento 4 (16%). (Tablas 1,2)

Así mismo se encontró que la respuesta al tratamiento en cuanto al número de días que se presentó varió en ambos grupos, así tenemos que los 25 pacientes del grupo A presentaron respuesta antes de 20 días, no así los del grupo B que sólo 12 pacientes presentaron respuesta en este período (gráfica 5,6).

DISCUSION:

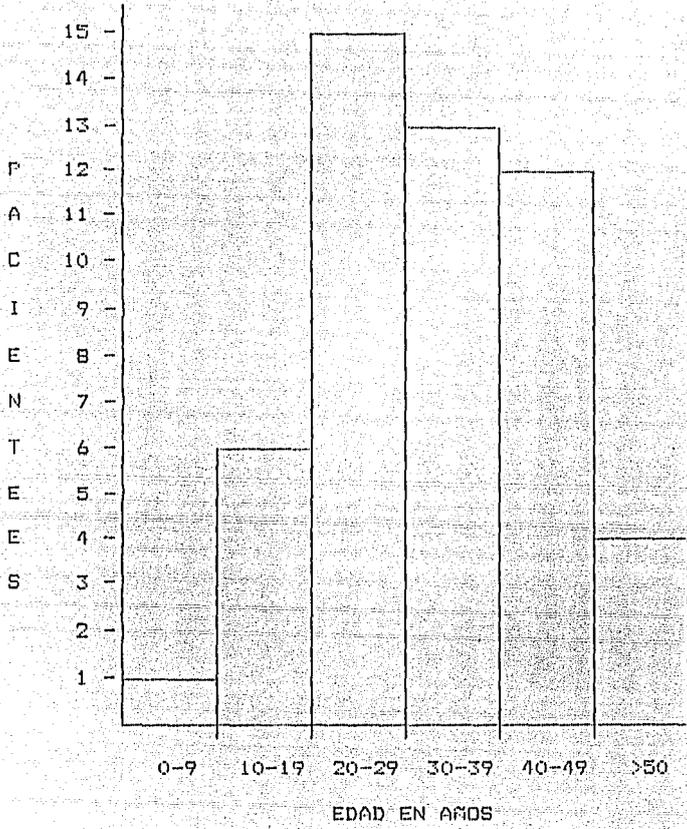
Se llevó a cabo un estudio clínico abierto, aleatorio y comparativo entre dos regímenes terapéuticos: el primero incluyó la administración de Trimetropin-Sulfametoxazol asociado a Metronidazol, el segundo únicamente la administración de Trimetropin-Sulfametoxazol. Se incluyeron 50 pacientes repartidos en dos grupos cuyas características fueron similares. Las edades variaron entre 3 y 68 años, correspondiendo al sexo femenino 30 pacientes y al masculino 20 (relación 1.5/1). Todos los pacientes fueron portadores de otomastoiditis crónica con evolución entre <1 año hasta más de 15 años, el 60% de los pacientes presentó hipoacusia conductiva moderada, 28% profunda y el 12% restante superficial. Por último la respuesta al tratamiento en el grupo A fue del 100% y en un período más corto (menor de 20 días). En tanto que en el grupo B no presentaron respuesta en el 16% y el período en que se presentó fue mayor de 20 días.

Si tomamos en cuenta que los casos revisados, el porcentaje mayor corresponde a las edades económicamente productivas del hombre, tiene que aceptarse que el problema de otomastoiditis crónica reviste importancia socioeconómica para la clase trabajadora. Ciertamente la infección del oído se combate con terapia farmacológica y sus secuelas quirúrgicamente, pero conforme más efectiva sea la primera se evitara la lesión con la posibilidad de practicar una cirugía reconstructiva que restablezca la audición.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

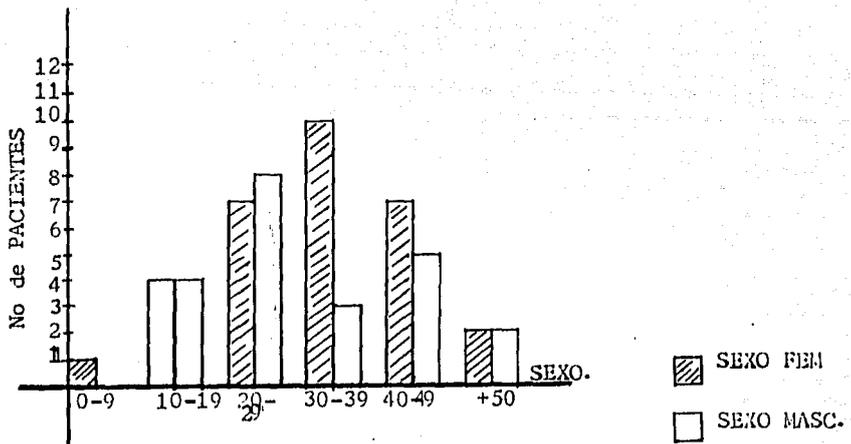
CONCLUSIONES:

La asociación de Trimetropin-Sulfametoxazol + Metronidazol a dosis convencionales resultó ser mas efectiva en el control y terapia de pacientes con Otomastoiditis crónica, que la administración única de Trimetropin-Sulfametoxazol. Con ello se prepara al paciente para una cirugía otológica reconstructiva con mayores posibilidades de éxito.

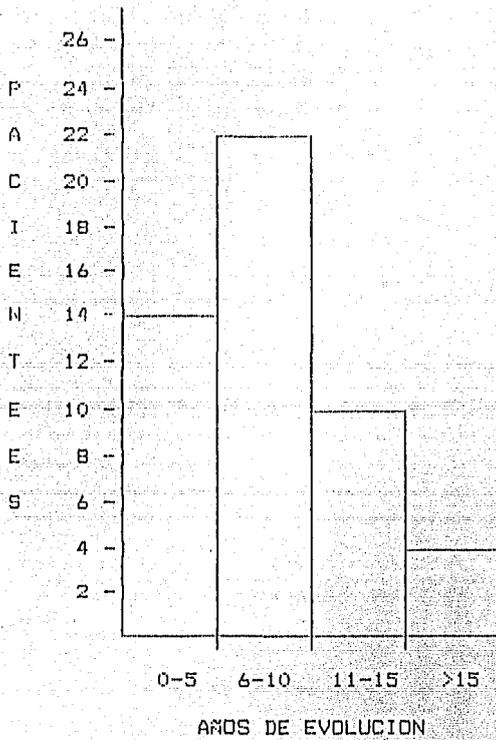


GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES

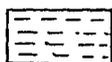
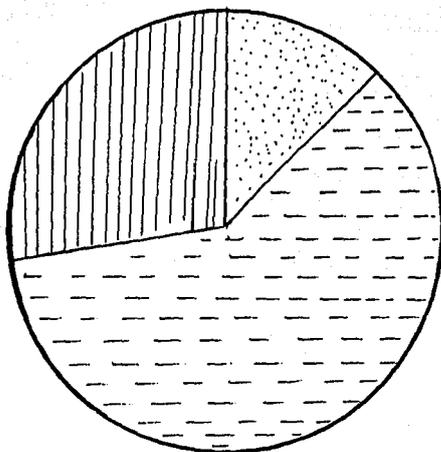


GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO



GRAFICA 3

AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO



HIPOACUSIA MODERADA 60%



HIPOACUSIA PROFUNDA 28%



HIPOACUSIA SUPERFICIAL 12%

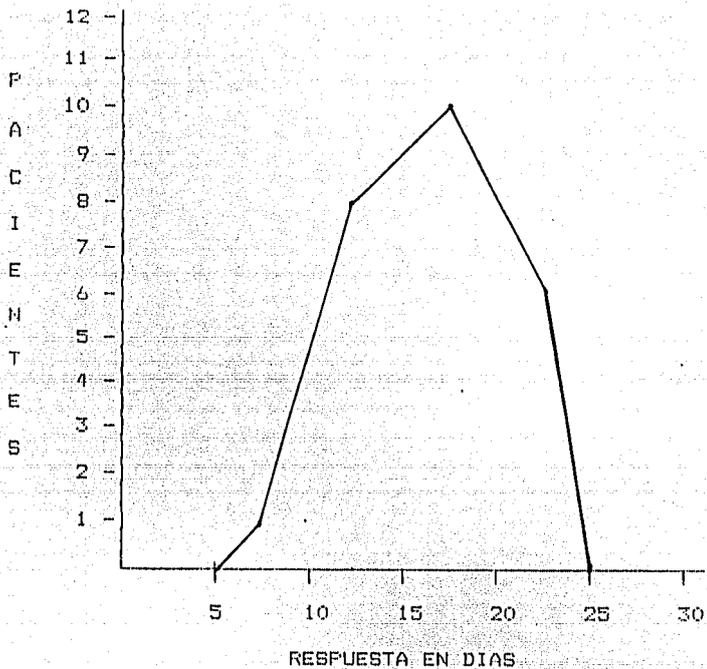
GRAFICA 4. TIPO DE HIPOACUSIA PRESENTADA.

TABLA 1

CRITERIO CLINICO DE RESPUESTA AL TX CON TFM/SMZ + METRONIDAZOL		
	No. Pac.	%
CURACION	12	48%
MEJORIA	11	44%
RESIDIVA	2	8%
ESTANCAMIENTO	0	0%
T O T A L	25	100%

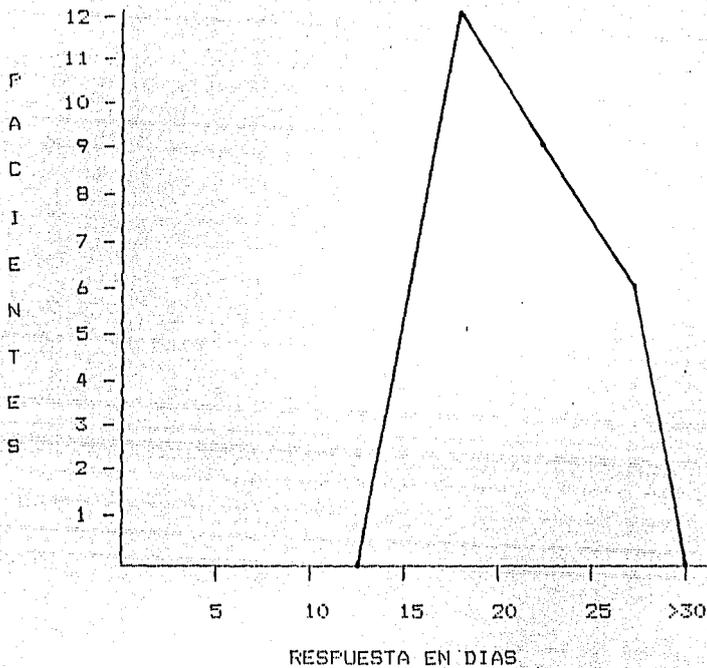
TABLA 2

CRITERIO CLINICO DE RESPUESTA AL TX CON TRIMETROPIN-SULFAMETOXAZOL		
	No. de Pac.	%
CURACION	8	32%
MEJORIA	8	32%
RESIDIVA	5	29%
ESTANCAMIENTO	4	16%
T O T A L	25	100%



GRAFICA 5

DIAS EN QUE SE PRESENTO RESPUESTA AL Tx CON TMP-5HZ + METRONIDAZOL (A).



GRAFICA 6

DIAS EN QUE SE PRESENTO RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON
TMP-SMZ (B)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Franco R.D; Tratamiento topico de otitis media cronica. Tesis Profesional para obtener el titulo de Otorrinolaringologo. ISSSTE Mexico D.F. 1986.
- 2.- Paparella M; Shumrick; Otorrinolaringologia 2a. ed. Buenos Aires Argentina Panamericana 1987. 2. 1434-1448.
- 3.- Hernandez G; Manejo del oido cronicamente infectado. Gac. Med. Mex. 1984 108; 181-186.
- 4.- Deutsch R. Cravioto; Un estudio de las lesiones otologicas infecciosas en el medio rural de Mexico. Ann.Soc.Mex.Otorrinol.1980.25.2;52-55
- 5.- Yerger et al; Abnormalities of cilia in the meddle ear in chronic otitis media. Ann.Otol.Rhinol.Laringol.1988.97;186-191.
- 6.- William L.Meyerhoff; Patology of chronic suppurative otitis media. Ann. Otol.Rhinol.Laringol.suppl.1989.112;21-24.
- 7.- Lee K.J. Essential Otolaryngology head and neck surgery. 1a. ed. N.Y. Medical Examination Publishing C.O. INC E.M. 1983;161-200.
- 8.- Cumming Charles W Otolaryngology head and neck surgery 1a.ed. The C.V. Mosby Company. 4;2976-3014.
- 9.- Mathews T.J. et al; Bacteriology of Mastoiditis. The Journal of laryngol and Otol.1988.102;397-398.
- 10.- Jonsson Let al; Aerobic and anaerobic bacteria in chronic suppurative otitis media. Acta Otolaryngol.1986;102;410-414.
- 11.- Maharaj D. et al; Bacteriology in acute mastoiditis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg.1989;113;514-515.

- 12.- Kenna.et al; Mycrobiology chronic supplicative otitis media in children; Supp.1989.112;9-15.
- 13.- Ortiz A.et al; Fistula laberintica y paralisis facial como complicaciones mas frecuentes de la otitis media cronica. Ann.Soc.Mex.Otorrinol.1980 25;86-92.
- 14.- Schawaber M.et al; The Early sings and systoms of neurologic complications of chronic supplicative otitis media.Laryngoscope 1989.99;373-375.
- 15.- Brown.et al; Complications and secuelae of chronic supplicative otitis media. Ann Otol.Rhinol.Laringol.Supp.1989.112;38-40.
- 16.- Bronning,et al; Medical manegament of active chronic otitis media. The journal of Laringol and Otol. 1988.102;491-495.
- 17.- Podoshin.et al; Ototoxicity of ear drops in patients suffering from chronic otitis media. The Journal of Laringol and Otol 1989.103;46-50.
- 18.- Papastov. et al; Preoperative therapeutic considerations in chronic supplicative otitis media. Laringoscope.1989.99;655-659.
- 19.- Piccirillo. et al; Ciprofloxacin for the treatment of chronic ear disease. Laringoscope.1989;510-513.
- 20.- Soto E. Trimetropin-sulfametoxazol 20 anos despues. Infectologia 1990 10.10;603-604.