

11236

7
24^o



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Centro Médico Nacional

"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"

OTITIS MEDIA SEROSA SECUNDARIA A ALERGIA RINOFARINGEA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener la Especialidad en:

OTORRINOLARINGOLOGIA

Presenta:

Dr. David Mauricio Grossman García



IMSS

FALLA DE ORIGEN

Puebla, Pue.

1991.



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
ETIOLOGIA.....	4
FISIOPATOLOGIA.....	5
SIGNOS Y SINTOMAS.....	7
METODOS DIAGNOSTICOS.....	8
COMPLICACIONES Y SECUELAS.....	10
TRATAMIENTO.....	10
PRESENTACION DE CASOS.....	11
RESULTADOS.....	12
COMENTARIOS.....	20
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION

La otitis media serosa es un trastorno del oído medio, en el que hay líquido detrás de un tímpano intacto, sin datos de inflamación aguda, habitualmente indolora, muy frecuente en niños menores de 7 años, - predominando en el sexo masculino, en relación 2:1, presentándose con mayor frecuencia en la raza blanca y mestiza; y cuyo síntoma principal es una pérdida de la audición de tipo conductivo variando de leve a moderado.

Los sinónimos con los que se le conoce son: Catarro del oído medio Otitis alérgica, Otitis media secretora, Oído gomoso, Oído succido, Turbo timpanitis, Hidropesía tubárica.

Es debida a una disfunción de la trompa de Eustaquio, por una obstrucción intrínseca o extrínseca donde la alergia es un factor importante.

Hipócrates en el año 400 a.C. fué el primero en examinar la membrana del tímpano y reconocer que forma parte del órgano de la audición.

Eustaquio en 1544, descubrió el conducto que conecta la nasofaringe con el oído medio: la trompa de Eustaquio.

Jordan en 1949, halló que el 74% de los derrames del oído medio en 123 pacientes se debieron a causas alérgicas, a juzgar por los recuentos de eosinófilos en moco nasal, la intradermorreacción y la respuesta al tratamiento antialérgico.

Derlaki en 1952, dijo que "la mayoría de los casos de otitis serosa se debieron a una alergia franca al polvillo doméstico o a un alimento".

Draper en 1967, informó que la incidencia de otitis media serosa - en niños alérgicos fue mayor del doble que en un grupo testigo, y concluyó, que si bien la alergia no es la única etiología de los derrames del oído medio, constituye un factor importante a considerar.

Existe un franco aumento durante el invierno, inicio de primavera y disminuye durante el verano.

ETIOLOGIA

La causa más frecuente es por obstrucción de la luz de la trompa de Eustaquio, lo que condiciona una disfunción tubaria.

Las causas víricas, bacterianas o mixtas son también primordiales en la etiología de la otitis media serosa. Sin embargo en el desarrollo de este tipo de otitis, existen factores predisponentes como son:

- Hipertrofia adenoidal; condicionando el cierre directo del orificio tubario por el tejido adenoidal (cuando este ha crecido en demasía).
- Obstrucción de vasos linfáticos que drenan en el oído medio y a la trompa de Eustaquio secundaria a una hiperplasia de la mucosa, entre otras.

La rinitis alérgica crónica es el factor principal en muchos casos de otitis media serosa. Tanto la alergia como la infección (vírica o bacteriana) ocasionan secuelas fisiológicas y citológicas similares en la trompa y en el oído medio. Las etiologías fundamentales, infecciosas y alérgicas, pueden variar con la geografía y el clima. En regiones tropicales o subtropicales, los alérgenos inhalantes perennes pueden ser responsables de las variedades serosas y seromucoides de las otitis serosas. En climas templados y fríos se presentan con más frecuencia complicaciones seropurulentas o mucopurulentas.

FISIOPATOLOGIA

En la otitis media serosa secundaria a rinitis alérgica se presenta una inflamación de la mucosa de la cavidad nasal por una reacción de hipersensibilidad tipo I (GeII y Coombs) mediada por IgE e IgG4 al interactuar con el alérgeno en la superficie de mastocitos y células cebadas. Esto puede ser perenne o estacional; dando origen a una hiperplasia difusa de la mucosa nasal. La mucosa que tapiza la faringe, oído medio y la trompa de Eustaquio es continuación de la mucosa nasal, presenta características similares, reaccionando con edema e hiperplasia; produciendo obstrucción de la trompa de Eustaquio como respuesta al proceso inflamatorio.

Los mecanismos fisiopatológicos de las alteraciones del oído medio parecen estar relacionados con la función anormal de la trompa de Eustaquio. Se reconocen por lo menos 3 funciones para la trompa de Eustaquio:

- a) Protección de las secreciones de la nasofaringe y de la presión del sonido.
- b) Drenaje: limpieza hacia la nasofaringe de las secreciones producidas dentro del oído medio.
- c) Ventilación del oído medio con la presión atmosférica.

La trompa de Eustaquio normal se encuentra colapsada funcionalmente en reposo, existiendo una ligera presión negativa en el oído medio. En la función ideal de la trompa, la apertura activa intermitente de la trompa, debida solamente a contracción del músculo tensor del velo del paladar durante las degluciones mantiene presiones similares a las del-

oído medio.

La disfunción de la trompa de Eustaquio es debida a una permeabilidad anormal, donde la trompa está abierta aún en el reposo o semiabierta por una baja resistencia de la trompa, en comparación con la trompa normal.

Al no copulsarse las paredes del oído medio se mantiene la presión intratimpánica negativa, ocurriendo trasudación de líquido hacia el exterior del tímpano acarreado menor difusión de oxígeno hacia el torrente sanguíneo y edema del mucoperiostio.

SIGNOS Y SINTOMAS

Para que el diagnóstico sea correcto, deberá realizarse una historia clínica completa y una buena exploración física, ya que la queja principal del paciente es la sensación de oídos tapados o un ruido crepitante o crujiente en los oídos, en especial al bostezar o deglutir, existiendo el antecedente de rinitis alérgica.

En algunos niños quienes descubren la hipoacusia son los padres o maestros, ya que refieren que el niño no hace caso o no oye. Este tipo de otitis cursa sin dolor y cuando se presenta es de poca intensidad.

La membrana timpánica se encuentra retraída con áreas de congestión, posteriormente se observan burbujas y nivel líquido por detrás de la membrana, existiendo una disminución de la movilidad, la cual es observada por otoscopia neumática. Se debe buscar otro tipo de factores locales vecinos, ya que cualquiera es capaz de ejercer influencia.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Otomicroscopia.

El diagnóstico de esta enfermedad se basa principalmente en el examen de la membrana timpánica. Cuando hay derrame mucoso el tímpano suele perder su translucidez y opacarse, adquiere un color gris blanqueco, mate y una textura densa.

Es típico encontrar congestión vascular, signo de componente inflamatorio poco activo, cerca de los límites de la membrana.

Otoscopia Neumática.

Cuando el tímpano se engruesa y pierde su semitransparencia, es casi imposible ver a través de él. En tal caso puede inferirse la presencia de líquido en el oído medio por disminución de movilidad del tímpano, detectable con el otoscopio neumático.

Timpanometría.

Se observa una curva B, que en esencia muestra poca movilidad del tímpano debido a la impedancia que origina el líquido en el oído medio.

Audiometría.

La otitis media serosa produce una hipoacusia conductiva con una pérdida promedio de 10 db.

Estudios Radiológicos.

Son importantes las placas de senos paranasales, para destacar procesos sinusales o hipertrofia adenoidea, también debe observarse la neumatización de las celdillas mastoideas y descartar algún proceso tumoral.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

COMPLICACIONES Y SECUELAS

Entre las complicaciones y secuelas se encuentra la hipoacusia y alteración de la conducta en niños. Timpanoesclerosis. Otitis media adhesiva y Colesteatoma primario adquirido.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser integral: médico y quirúrgico.

En los niños con antecedentes de amigdalitis y adenoiditis de repetición y otitis serosa se prefiere el tratamiento quirúrgico.

La inmunoterapia está indicada, ya que se ha observado que ayuda a controlar el proceso y disminuye la presentación de secuelas.

PRESENTACION DE CASOS

El conocer la incidencia de cualquier patologia ayuda a determinar el manejo más conveniente para el enfermo. A diferencia de la otitis media aguda y crónica, la etiología de la otitis media serosa no ha sido bien establecida, sin embargo es un padecimiento cuyas secuelas se detectan cada vez con más frecuencia, es por ello que uno de los objetivos generales del presente trabajo fué comprobar que la otitis media serosa puede ser secundaria a rinitis alérgica, demostrando que la alergia rinofaríngea en niños produce una obstrucción nasal permanente, y consecuentemente disfunción de la trompa de Eustaquio, originando otitis media serosa.

Este estudio se realizó en el H.E.P. Centro Médico Nacional "General Manuel Avila Camacho", Puebla; en el periodo comprendido entre el 10. de Agosto y el 30 de Noviembre de 1990, con diagnóstico comprobado de rinitis alérgica.

Se presenta el trabajo con tablas numéricas y porcentuales, de las cuales se obtienen los datos más significativos y se hacen comentarios al respecto.

RESULTADOS

CUADRO I

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	17	85%
Femenino	3	15%

CUADRO II

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
4 años	2	10%
5 años	6	30%
6 años	7	35%
9 años	1	5%
10 años	3	15%
11 años	1	5%

CUADRO III

ANTECEDENTES	FAMILIARES ALERGICOS	POSITIVOS
Padre/Madre	5	25%
Hermano/a	6	30%
Total	11	55%

CUADRO IV

RINOSCOPIA	NUMERO	PORCENTAJE.
Mucosa y cornetes normales	5	25%
Mucosa congestiva	5	25%
Cornetes hipertróficos	7	35%
Cornetes y mucosas pálidas	3	15%
Total	20	100%

CUADRO V

SINTOMATOLOGIA	NUMERO	PORCENTAJE
Hipoacusia	16	80%
Otalgia	12	60%
Respiración bucal	9	45%
Rinorrea hialina	18	90%
Obstrucción nasal	20	100%
Estornudos en salva	8	40%

CUADRO VI

OTOSCOPIA	NUMERO	PORCENTAJE
Membrana timpánica normal	1	5%
M. timpánica opaca y retraída	16	80%
M. timpánica con derrame franco	3	15%
Total	20	100%

CUADRO VII

PRUEBAS CUATANEAS ALERGICAS	NUMERO	PORCENTAJE
Positivas	17	85%
Negativas	3	15%

CUADRO VIII

EOSINIFILOS EN MOCO NASAL	NUMERO	PORCENTAJE
Positivas	18	90%
Negativas	2	10%

CUADRO IX

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA RINITIS ALERGICA

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 6 meses	3	15%
De 6 meses a 1 año	5	25%
De 1 año a 2 años	12	60%
Total	20	100%

CUADRO X

MANEJO Y TRATAMIENTOS PREVIOS

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
Ninguno	5	25%
Tratamiento médico	8	40%
Miringotomía	2	10%
Miringotomía + adenoidectomía	5	25%
Total	20	100%

CUADRO XI

AUDIOMETRIA

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
Normal	3	15%
Hipoacusia leve	5	25%
Hipoacusia moderada	9	45%
Hipoacusia severa	3	15%
Total	20	100%

COMENTARIO

De los resultados observados en este grupo de pacientes se encontró un predominio del sexo masculino con 17 pacientes, (85%). Con un rango de edad de 3 a 12 años, la incidencia más alta se encontró de los 5 a los 6 años de edad.

En el interrogatorio de antecedentes alérgicos en familiares se encontró que un 55% fueron positivos, ya sea un padre o un hermano.

En lo referente a la duración de la sintomatología, en 12 pacientes fue más de un año, o sea el 60%; en 5 pacientes (25%) fue entre 6 meses y un año; y en 3 pacientes, menos de 6 meses. El grado de hipoacusia, está en relación directa con el tiempo de duración de la sintomatología.

La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento médico preventivo, el cual consistió principalmente en antihistamínicos, antibióticos y vasoconstrictores. En lo referente a sintomatología el síntoma más frecuentemente observado fue el de hipoacusia en 16 pacientes, otalgias ocasionales en 12 de ellos, respiración bucal y obstrucción nasal en el 70%.

A la otoscopia predominó la observación de la membrana timpánica opaca y retralada en 16 pacientes, derrame franco en oído medio en 3 pacientes.

En la rinoscopia, se observó mucosas y cornetes normales en 10 pa-

cientes, hipertróficos y congestivos en 7 casos, y pálidos en 3.

Las audiometrías para tonos puros, se observó siempre de tipo conductivo bilateral predominando el grado moderado de hipoacusia.

La otitis serosa es uno de los problemas más comunemente encontrados por pediatras y otorrinolaringólogos, la etiología es oscura pero generalmente la persistencia de liquido seroso en el oído medio es debido a disfunción de la trompa de Eustaquio secundaria a problema alérgico, en consecuencia la alergia rinofaríngea, debe investigarse y tratarse en todos los pacientes que cursen con otitis media serosa e hipoacusia.

CONCLUSIONES

I) Aunque la etiología de la otitis media serosa no es bien conocida, la alérgia rinofaríngea debe ser investigada en todos los casos, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo se confirmó -- que el 85% de los pacientes con problema alérgico, cursaron con otitis-media serosa concomitante.

II) Es indiscutible que la mayoría de los pacientes en edad escolar-- que cursan con rinitis alérgica, han presentado uno o varios cuadros de otitis media serosa, evolucionando consecuentemente con hipoacusia, la-- cual puede ser de moderada a severa, interfiriendo de manera importante en el aprendizaje escolar.

III) Si uno de los padres o un hermano de los pacientes que cursan -- con otitis media serosa, resulta atópico positivo, las posibilidades de estos pacientes para presentar alérgia nasofaríngea sobrepasa más de la mitad de los casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sede Jacob M.D. Diagnóstico y tratamiento de Otitis Media Secretora. Clinicas Otorrinolaringológicas de Norte América # 1. 1989 1-12.
- 2) Tovar S. Victoria. Aspectos Inmunológicos de Otitis Media Secretora. Alergia Vol. XXXIII-2 1986: 43-45.
- 3) Stool Silvan E., M.D. Studies in Otitis Media. Anals of Otology Rhinglogy & Laringology. Supp. Vol. 92 No. 6 1983.
- 4) Fiellan - Nikolajsen Epidemiology Of Secretary Otitis Media. Ann. Otol Rhinol Laryngol 92 : 1983.
- 5) Estelle R. Allergic Rhinitis : Recent Advances. Pediatrics Clinics Of N.A. Vol. 35 : 5 1988.
- 6) Cruce M.M . Rinitis Alérgica . JAMA. 259-260.
- 7) Paparella Shumrick Tratado de Otorrinolaringología. 1987. Edit. P.A
- 8) Ferguson Otorrinolaringología Pediatrica. Editorial Salvat 1978.
- 9) Goodhill Enfermedades del oído. Editorial Salvat. 1988.
- 10) Ballenger. Enfermedades del Oído, Nariz y Garganta. Edit. Jims 1976.
- 11) Cardona Martínez. Conceptos actuales en fisiología de la Rinitis-Alérgica. Vol. XXXVI No. 5 Sep.- Oct. 1989.
- 12) Nulton R.F. Panel on Experiences with Middle Ear Ventilation Tubes. Ann Otol 90 : 1981.
- 13) Casselbrant Margarata L. Otitis Media with Effusion in Preschool-Child. Laryngoscope 95: April 1985.
- 14) Sak J. Robert. Recurrent Middle, Ear Effusion in Childhood. Ann Otol 90 - 1981.
- 15) Bates A.MD. Efect of Adenoidectomy upon Children with Otitis Media with Effusion. Laryngoscope 98 - January 1988.
- 16) Portman. Audiología Práctica. Edit. Salvat. 1980.
- 17) Bluestone D.M.D. Panel on Experiences with Testing Eustaquian Tubes-
funcion. Ann Otol 90 1981.
- 18) Mallase F. Otitis Media, Auditory Sensitivity An Languaje. Laryngoscope 98 January 1988.
- 19) Sierra M. Hongos, Polenos, como coadyuvantes de Alergia. Bol. Med.-
Hospital Infantil. Vol. 44 No. 4 Abril 1987

- 20) Sheehy L.. Testing Eustaquian Tube Function . Ann Otol 90 1989.
- 21) Falk B.M.D. Eustachian Tube Closing. ArchOtolaryngol.Vol.110 1984.
- 22) Basza M. Sierra. Anormalidades Timpanométricas en Niños con Rinitis Alérgica. Alergia 1987 - XXXIV 35 - 38

DR.DAVID MAURICIO GROSSMAN GARCIA.

R 111 O R L .