

# Propuestas sencillas para el tratamiento de la otitis media

Saz Peiro Pablo, Tejero Lainez M<sup>a</sup> Carmen, Ortiz Lucas María.

---

## RESUMEN:

La propuesta de respetar la capacidad curativa del cuerpo y tratar con medios sencillos la otitis media contrasta con el habitual exceso de medicación al que son sometidos los niños que la padecen. En estas líneas realizamos una revisión y una propuesta de tratamientos que pueden ser útiles a madres y médicos a la hora de plantear el cuidado.

**Palabras claves:** otitis media, lactancia, antibioterapia en otitis.

## ABSTRACT:

The proposal to respect the body's healing ability and to treat otitis media with simple cure to form a contrast with the usual excess of medication that have children who suffer from otitis media. In these lines we carry out a review and a proposal of treatments that may be useful for mothers and doctors to plan children's care.

**Key words:** otitis media, breastfeeding, antibiotics in otitis.

---

La *otitis media aguda* denota síntomas inflamatorios agudos, como dolor, fiebre y malestar, que acompañan a la acumulación de líquido en el oído medio. A menudo la causa de esta infección es un virus o una bacteria patógena que se han abierto camino desde la nasofaringe durante una infección aguda de las vías respiratorias altas. La *otitis media serosa*, u *otitis media con derrame*, alude a la acumulación de líquido en el oído medio sin síntomas inflamatorios. La otitis media serosa puede ser secuela de una otitis aguda o presentarse de forma idiopática.

Las bacterias patógenas comunes que producen otitis media aguda incluyen *Hemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Branhamella catarrhal* (1).

Sin embargo, algunos estudios no han demostrado ninguna bacteria patógena hasta en un 62% de los casos.

La otitis media por lo general tiene una historia natural favorable en la que se resuelven los síntomas, incluido el derrame (2). La enfermedad aguda se resuelve en 24h hasta en un 80% de los casos, sin necesidad de ningún tratamiento. El líquido seroso puede permanecer hasta durante 12 semanas des-

pués de un episodio de otitis aguda. En una revisión de la evidencia, encontramos que los niños con otitis media aguda que se trataban únicamente con placebo tenían una tasa de resolución completa del 70 al 90% en un plazo de 7 a 14 días, en tanto que los niños con otitis media serosa después de una otitis media aguda que se trataban sólo con placebo demostraron una tasa de curación del 60% a un mes y una tasa de curación del 90% a 3 meses (3).

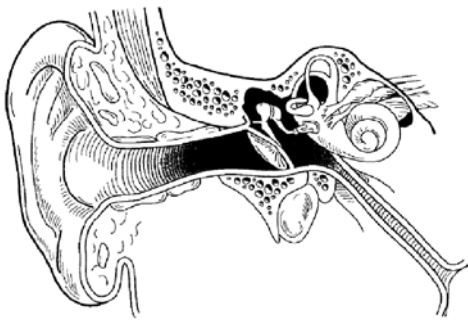
## CAUSAS

En los niños, la otitis media es muy común, ya que la trompa de Eustaquio es pequeña y estrecha (4). Se cierra fácilmente cuando se presenta inflamación, evitando el drenaje de líquidos. La otitis media es la enfermedad que se diagnostica más a menudo en menores de 15 años de edad, es la segunda causa más común de consultas al médico por los niños, después de los reconocimientos de los niños sanos.

Entre los factores de riesgo de otitis media aguda recurrente y capaces de ser modificados se encuen-

tran el uso de chupetes y la asistencia a guarderías. Los factores de riesgo probables: la privación de la leche materna, la presencia de los hermanos, anomalías craneofaciales, el tabaquismo pasivo y la presencia de adenoides. Entre los que necesitan mayor estudio son las alergias, reflujo gastroesofágico y tabaquismo pasivo durante la gestación (5).

La lactancia materna se asocia con una reducción en el riesgo de otitis media aguda, además de gastroenteritis no específica, graves infecciones respiratorias bajas, dermatitis atópica, asma (niños pequeños), obesidad, tipo 1 y 2 de la diabetes, leucemia infantil, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), y enterocolitis necrotizante (6).



## CLÍNICA

Suele ir precedida de un cuadro de rino-faringitis con escasa sintomatología, sobre todo en el lactante. Puede haber una agravación brusca, con elevación de la temperatura, llanto con características propias, anorexia, rechazo del alimento (sobre todo si debe succionar), dolor de oído, frecuentes vómitos y diarrea, lo que conlleva un estacionamiento o descenso en la curva de peso.

La temperatura puede variar de estado subfebril a verdaderas hiperpirexias.

La otalgia la manifiesta el niño pequeño por llanto, que suele ser intenso, de prolongada duración y de predominio nocturno. En los momentos de calma, el lactante presenta un aspecto triste y abatido, y si llega a conciliar el sueño, suele despertar sobresaltado con un grito o chillido, con el que inicia el lloro que en ocasiones es difícil de calmar. Puede presentar movimientos laterales de la cabeza, llevándose las manos a los oídos, adoptando posiciones antiálgicas durante el sueño. El calor suele aliviar el dolor y puede observarse el signo de Pins: el niño solo quiere tomar el

pecho del lado opuesto al del oído enfermo –si ocurre lo contrario puede orientar hacia la afectación del conducto externo (forúnculo, etc.)–. Es rara la existencia de una otitis sin otalgia, aunque también puede verse una otalgia sin existir otitis (ver la tabla del diagnóstico diferencial de la otalgia).

La hipoacusia es difícil de interpretar en un lactante, siendo más valorable en el niño mayorcito o el adulto.

## Exploración

En el niño podemos observar una serie de signos que orientan a la localización del proceso:

El niño duerme, la presión sobre el trago o la tracción del pabellón auricular es siempre dolorosa, provocando movimientos de defensa, facies dolorosa y llanto, aunque si no se hace con suavidad y en ambos lados independientemente es de difícil valoración.

- signo de Grunfelder-Rotte: evidencia un Babinski contralateral al comprimir la mastoides.
- signo de Maleherbe-Wilenski: se provoca el Babinski del lado contrario al presionar la fontanela posterior.
- signo de Segnoon: el niño se lleva la mano al sitio enfermo (en niños muy pequeños no se valora bien).

Con frecuencia podemos encontrar una adenitis retromastoidea unilateral que localiza el proceso. Otros datos observables: edema o inflamación de la región del antro y de la mastoides, disminución del surco retroauricular, enrojecimiento y calor en el pabellón auricular, espontáneo o por presión, tos intensa al comprimir, etc.

La otoscopia constituye la exploración definitiva, si bien en el lactante se hace difícil de interpretar. El tímpano normal presenta un aspecto gris nacarado, de forma ovoide, sobre el que se aprecia la mancha o relieve del martillo, en dirección paralela y central al mayor diámetro del tímpano; en su parte inferior se dibuja de forma virtual el triángulo luminoso, en cuyo vértice se encuentra una depresión llamada ombiligo; en la parte superior puede apreciarse la membrana de Schrapnell.

En la otitis se descubren las siguientes imágenes:

- Imagen timpánica enrojecida. Se observa en la primera fase de la otitis. Se localiza en la parte

alta y es difícil de valorar por poder verse también en otras circunstancias.

- Tímpano mate. Desaparecen los relieves característicos, así como el triángulo luminoso. En ocasiones aparece el tímpano abombado.
- Tímpano abombado, con caída de la pared posterior, en su parte superior. Sugiere la participación importante de la mastoides.
- Tímpano con ampollas o vesículas (miringitis ampollar), frecuente en las afectaciones gripal y meningocócica.
- Imagen de nivel líquido en el oído, como puede verse en la otitis media serosa.
- Imagen normal, aunque la mayoría de clínicos consideran que no hay otitis sin otoscopia positiva.

Formas clínicas. Existen otras manifestaciones, además del cuadro típico y sin complicaciones:

- Otitis media aguda con perforación del tímpano, casi siempre como primera manifestación.
- Formas generales, pudiendo haber pocas manifestaciones locales pero gran afectación del estado general. Pueden verse formas respiratorias: con alteración más o menos intensa, desde traqueítis a bronconeumonía; digestivas: con vómitos, fiebre, diarrea, anorexia, adelgazamiento e incluso deshidratación; nerviosas: hay nistagmus, convulsiones, hemiparesias, rigidez de nuca, hipertonías, fontanela no abombada, etc. que suelen corresponderse con encefalitis o meningitis y que rara vez se asocian a complicación neurológica más grave; forma tóxica: supone un cuadro de neurotoxicosis cuyo punto de partida es otógeno, por la rica inervación vegetativa simpática del oído medio y que suelen presentarse en lactantes menores de tres meses con estado inmunitario deficitario.
- Otitis serosa. Suele ser rara en el lactante, observándose más en el niño mayor o el adulto. Cada vez se observa más, considerándose de base alérgica, ya que en los exudados hay gran cantidad de eosinófilos, además de acompañarse con frecuencia de rinitis alérgica. Algunos clínicos atribuyen esta forma a infecciones del oído medio no bien resueltas o parcialmente atenuadas. Presenta una clínica larvada, predominando una pérdida de la audición, y de manera más inconstante hay fiebre, dolor y sensación de "algo que

se mueve dentro del oído". La otoscopia muestra una pérdida del aspecto normal del tímpano, o bien hay una prominencia del mango del martillo, incluso puede apreciarse la existencia de un nivel dentro del oído

- Otitis del recién nacido. La vía de infección puede ser intrauterina por vía amniótica, con mayor incidencia en fetos extraídos por cesárea. También puede ser por vía timpánica externa aunque más excepcionalmente. Con frecuencia puede ser una infección natal por aspiración.

## Complicaciones

La otitis media puede cursar de forma leve, con evolución espontánea hacia la curación. Ocasionalmente, evolución de forma tórpida o con tendencia a la cronicidad. Las complicaciones pueden aparecer a nivel local: supuración crónica, déficit de la audición (por alteración en la cadena de huesecillos), alteraciones del laberinto; o a otros niveles: malnutrición y enteritis secundarias, infecciones en otros puntos (abscesos, osteomielitis), complicaciones neurológicas: cuadros de meningitis por propagación, abscesos encefálicos, paresias y parálisis de pares craneales, etc.

## Tratamiento integral

Dada la historia natural favorable de la otitis media no complicada, por lo general no perjudica y sí conlleva gran beneficio potencial comenzar con un tratamiento sencillo que ayude a la capacidad curativa del propio organismo y sin efectos secundarios.

Una pauta para decidir qué casos tratar inicialmente de forma sencilla podría incluir juzgar la gravedad de la enfermedad y el nivel de complicación. Así, los antimicrobianos se reservarían para el tratamiento inicial únicamente en los casos más graves o en los que no mejoran con lo más sencillo.

En la otitis media aguda complicada, la combinación de cuidados sencillos y antibióticos en niños, aumenta la efectividad de la medicación reduciéndose así la frecuencia de las complicaciones (7).

## ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Fomentar la lactancia natural hasta que el lactante tenga por lo menos 24 meses de edad.

Evitar alimentos que forman mucosidad, como trigo, productos lácteos y zumo de naranja durante

los episodios de infecciones respiratorias agudas. De 81 niños con otitis media serosa recidivante y alergias documentadas con pruebas cutáneas, 70 de los 81 mejoraron después de una dieta de eliminación. De los 70 niños, 66 (94%) tuvieron recidiva cuando se introdujeron de nuevo los alimentos (8). Los alimentos que más a menudo se relacionan con otitis media recidivante son trigo, productos lácteos y huevos, maíz, cítricos, soja y azúcares refinados. Si se identifica el alimento desencadenante, se retira durante 6 meses y luego puede introducirse de nuevo de forma gradual, a menudo sin que reaparezcan los síntomas previos.

Al eliminar los alimentos que suelen relacionarse con congestión respiratoria alta y otitis media recidivante, habrá que comenzar con la eliminación de lácteos durante 2 ó 3 semanas (lo que incluye leche, quesos y huevos) y productos derivados del trigo. Otros alimentos relacionados son: soja, maíz, cítricos, azúcares refinados, frutos secos, cacahuetes y mariscos.

Identificar alergias a alimentos y eliminar el consumo de alimentos nocivos. Identificar alergias ambientales y tratarlas en la medida de lo posible.

Evitar todo humo en el ambiente.

Evitar estufas con combustible de madera y chimeneas.

Evitar utilizar el chupete.

En lo posible, es recomendable la atención al lactante en el hogar en vez de en una guardería.

Consumir una dieta a base de alimentos nutritivos, como frutas y legumbres frescas, granos enteros y leches libres de hormonas y antibióticos. La dieta deberá ser baja en alimentos procesados y baja en alimentos que forman mucosidad.

La evaluación osteopráctica craneal y el tratamiento en los lactantes es ideal antes de los seis meses de edad, sobre todo en aquellos con accesos recidivantes de otitis media.

Es recomendable, debido al bajo coste y a la falta de efectos adversos, considerar la autoinsuflación mientras se espera la resolución natural de la otitis media con derrame (9).

## Fitoterapia

Daremos una relación de las más utilizadas y accesibles en relación con la otitis media son manzanilla, equinácea, malvavisco y gordolobo. También se detallan otras plantas medicinales.

La **MANZANILLA** (*Matricaria chamomilla*) podría ser un tratamiento inicial de la otitis en todas las personas que no son sensibles a la misma. También es seguro utilizarla junto con fármacos, incluidos los antibióticos. Es una planta versátil, eficaz como antivirico y antiinfeccioso. También es de utilidad en los cólicos del lactante, los trastornos digestivos y la diarrea.

Los aceites esenciales, flavonoides y lactonas de sesquiterpeno contribuyen a la actividad medicinal de la manzanilla.

Aceites esenciales: camazuleno; bisbaloxidas A, B y C; y espiroéteres.

Ésteres: bisbalol. Lactonas sesquiterpénicas: matricarina. Flavonoides: apigenina, luteolina, quercetina y otros. Cumarinas: herniadita y umbeliferota. Otros: poliacetilenos, fenoles, colina y mucilago.

## Dosis

La infusión de manzanilla se elabora vertiendo una taza de agua hervida sobre una cucharada de flores. Se impregna el sobre durante 10 min o más y luego se filtra y se bebe. La tintura de manzanilla o glicerinado también pueden tomarse por vía oral; a menudo se utiliza en niños 1-3 ml de tintura tres veces al día. En los lactantes la dosis es de 1 a 3 gotas por libra (453'6 g) de peso corporal, tres veces al día.

## Precauciones/contraindicaciones

En ocasiones se presentan alergias en individuos susceptibles.

La **EQUINÁCEA** (*Echinacea angustifolia* o *Echinacea purpúrea*). Tiene diversas acciones: activa las células NK 'natural killer' y los macrófagos e incrementa las concentraciones de interferón-alfa en la circulación sanguínea. Los ésteres cafeicos de la equinácea son antibacterianos y antiviricos, en tanto que los poliacetilenos probablemente también contribuyen a la actividad bacteriostática de la planta. La equinácea se utiliza para el tratamiento de todos los tipos de infecciones respiratorias altas, pero se ha estudiado más en el tratamiento y en la prevención del resfriado común (10). Cuando se utiliza como preventivo en niños que tienen tendencia a padecer otitis no se ha demostrado que descienda el riesgo (11).

En la otitis media, la equinácea es la mejor opción al inicio de los síntomas agudos, pero puede emplearse durante todo el curso del tratamiento.

### **Dosis**

Se dispone de tinturas (1:5) en alcohol o en glicéridos. En los niños pequeños y en los lactantes suelen preferirse los glicerinos. La dosis varía: 1 a 5 ml de tintura de tres a cinco veces al día es la dosis diaria que suele utilizarse en los niños. En los lactantes se utilizan una o dos gotas por libra (453,6 g) de peso corporal, tres veces al día. También se utilizan por vía oral comprimidos, cápsulas y la planta medicinal entera tomada como té o infusión.

### **Precauciones/contraindicaciones**

Se evita el empleo de equinácea en personas con trastornos autoinmunitarios como lupus eritematoso sistémico.

El **MALVAVISCO** (*althea officinalis*) es una planta segura que se utiliza para calmar la inflamación de las mucosas. Es un emoliente mucilaginoso que ayuda a relajar y humedecer la mucosidad espesa en la sinusitis, los resfriados y la bronquitis. El malvavisco también calma el estómago y el intestino en caso de náuseas. Se puede utilizar con seguridad a largo plazo pero puede tener efectos diuréticos leves. En la otitis media se utiliza sobre todo para ayudar a abrir la trompa de Eustaquio.

Sus componentes de importancia son los siguientes:

Mucilago: hojas y raíz al 5-10% (las hojas tienen máxima concentración justo antes de florecer).

### **Dosis**

Tintura: 1gota por 2 libras (907,2) de peso corporal (hasta 2 ml) de tres a seis veces al día. Extracto: 1 cucharadita de raíz sumergida en una taza de agua durante 10 min; 1 a 3 cucharaditas del líquido colado se toman entre dos y seis veces al día.

### **Precauciones/contraindicaciones**

Si se están tomando medicamentos por prescripción médica, hay que tomarlos por lo menos 1 h antes o 2 h después de tomar la raíz de malvavisco, ya que la planta medicinal puede disminuir la absorción de los fármacos.

El **GORDOLOBO** (*Verbascum thapsus*) disminuye las flemas y fortalece la mucosa respiratoria. Se utiliza con seguridad con otras plantas medicinales y fármacos en el tratamiento de múltiples problemas del sistema respiratorio. El gordolobo también ejerce una

acción tópica con antiinflamatorio local y a menudo se recomienda como un aceite ótico para tratar la otitis externa. No se debe instilar gordolobo en el oído durante la otitis media. En la otitis media se utiliza para desbloquear la trompa de Eustaquio y disminuir la inflamación.

Los componentes de importancia son los siguientes: Mucilago. Fitoesteroles: digiprolactona. Iridoides: aucubinmcatapol, isocatalpol, etc; Favonoides: apigenina, luteolina, caenferol, rutina; Ácidos fenolcarboxílicos: cafeico, ferúlico, protocatecuico; Saponinas: verbascosaponina.

### **Dosis**

Té: 1 a 2 cucharaditas de la planta medicinal / taza de agua hervida, que se impregna durante 10 a 15 min para obtener una tisana y se filtra; 1 a 4 tazas por día de este líquido en los niños mayores, ¼ a ¾ de taza al día en los lactantes.

Tintura: lactantes y niños, una gota por 2 libras (907 g) de peso corporal cada 4 h.

### **Precauciones/contraindicaciones**

Ninguna conocida.

### **Otras plantas medicinales**

Flor/baya **SAUCO** (*Sambucus nigra*): saúco europeo (*sambucus canadensis*); saúco americano (*Caprifoliaceae*): se utiliza para las secreciones nasales excesivas y secas; también tiene actividad antiviral y se utiliza principalmente durante la otitis media aguda, sobre todo cuando hay una infección respiratoria alta. La dosis de la tintura en los niños es de 0'5 a 3 ml tres veces al día; también es útil el té y la infusión de la planta fresca: una taza dos o tres veces por día.

Raíz de **ÍNULA** (*inula helenium*): una raíz alcanforosa que se toma por su actividad bacteriostática y antivirica. También se cree que fortalece la resistencia y tonifica los tejidos de las mucosas. Se utiliza en la otitis media o en la otitis media serosa. La dosis de la tintura en los niños es de 0'5 a 2 ml tres veces al día. No se emplea té ni infusión, ya que los componentes medicinales de la planta no se extraen bien en agua.

**EUFRASIA** (*euphrasisa offinalis*): se utiliza sobre todo cuando hay alergias, ya que disminuye la respuesta a la histamina. Se toma por vía oral, es muy útil para la irritación de los ojos que acompaña a la alergia. Se emplea sobre todo cuando las alergias desencadenan otitis media aguda u otitis media sero-



sa. La dosis de la tintura es de 0'25 a 1 ml seis veces al día; también es de utilidad el té de hierbas frescas: ¼ de taza dos a seis veces al día.

**SOLUCIÓN ÓTICA** con un extracto de hierbas medicinales que contiene: *Allium sativum*, *Verbascum thapsus*, *Calendula flores* e *Hypericum* en aceite de oliva, ofrece los mismos resultados que las gotas anestésicas para el oído. La función de los tratamientos es calmar el dolor asociado a la otitis media aguda (AOM). Ambos remedios resultaron efectivos, mejorando la otalgia. (12). Las gotas óticas para calmar el dolor dieron resultado a los 15 ó 30 minutos después de la instilación cuando se trató de uno a tres días después del diagnóstico (13).

Otros estudios diferentes han aventurado que los tratamientos antibióticos no contribuyen aparentemente a la mejoría del paciente y sí lo hacen, sin embargo, las soluciones de extractos herbales (14).

### Craneoosteopraxia

Los médicos osteoprácticos comúnmente tratan la otitis media con técnicas manuales. En los niños con otitis se encuentran tipos comunes de restricciones osteopáticas cervicales y craneales. Estas restricciones se advierten sobre todo en el movimiento de los huesos temporales, pero también pueden encontrarse otras restricciones al movimiento de los huesos craneales. Las restricciones osteopáticas cervicales en el movimiento de la región cervical superior y media también son comunes. Aunque todo médico osteopráctico está capacitado en el diagnóstico rudimentario de estos trastornos, osteoprácticos, médicos convencionales y fisioterapeutas que con regularidad o en forma exclusiva incluyen medicina manual en sus consultas son más eficientes en el tratamiento de estas restricciones.

El tratamiento en los niños se realiza con suavidad. De hecho, puede parecer a los padres que el terapeuta sólo posa las manos en la cabeza o el cuello del niño con un mínimo movimiento. Por lo general, cuanto más pequeño es un niño que se trata de otitis media o de cualquier restricción craneal que pueda presentar, tanto más rápida y fácil será la resolución del problema. Además, los resultados en la mejoría probablemente son duraderos y el tratamiento en las primeras etapas puede evitar problemas ulteriores, como alergias, trastornos sinusales y otras enfermedades.

La Universidad de Oklahoma, en 2003, estudió los efectos que las técnicas manipulativas de los tra-

tamientos osteoprácticos, tenían sobre los niños con otitis media aguda. Utilizada como terapia auxiliar en el cuidado pediátrico rutinario, los resultados sugieren una recuperación potencialmente más rápida, y posiblemente ayudan a la prevención o decrecimiento de las intervenciones quirúrgicas o el uso excesivo de antibióticos (15).

### Drenaje linfático

El tratamiento a base de drenaje linfático es un complemento importante en el tratamiento de la otitis. En las personas, incluidos los niños, en quien esta técnica suave es más apropiada, la palpación de los ganglios linfáticos cervicales anteriores y posteriores o auriculares posteriores revelará congestión o adenopatía firme y redondeada. Si se utiliza en las primeras etapas de la evolución de una otitis aguda, el drenaje linfático puede acelerar la recuperación y minimizar el riesgo de recidiva. Muchos médicos osteoprácticos y terapeutas que utilizan técnicas manuales están familiarizados con las técnicas de drenaje de los ganglios linfáticos. Remítase a los terapeutas capacitados al método de Vodder o de Chikly para el drenaje linfático.

### Acupuntura y Medicina tradicional China

La MTC abarca una serie de técnicas que incluyen acupuntura y fitoterapia. Estas modalidades son muy eficaces para tratar la otitis media, tanto en condiciones agudas como cuando existe un derrame persistente. Típicamente, en los casos de una infección aguda, se dan plantas medicinales además de tratamiento de acupuntura, aunque las plantas medicinales o la acupuntura pueden administrarse de manera independiente como tratamiento. Tanto la acupuntura como la fitoterapia china están aprobadas por la OMS como modalidades de tratamiento en la otitis aguda o crónica. Un acupuntor o un fitoterapeuta capacitados habrán de administrar el tratamiento. El diagnóstico en la MCT se basa en la presentación de los síntomas y en el examen de pulsos, lengua y aspecto general del paciente. También se lleva a cabo un examen otoscópico. El terapeuta verifica la distribución singular de la desarmonía implicada en la otitis en cada paciente individualmente. Si se opta por la acupuntura, la selección de los puntos de aplicación de las agujas variará con la configuración de la enfermedad. Hay mucho margen en

la elección terapéutica, tanto en la selección de los puntos para la acupuntura como en la selección de la fórmula de plantas medicinales. Por consiguiente, la otitis media en un solo individuo no necesariamente se trataría igual por dos terapeutas diferentes, y cabría esperar variaciones en el tratamiento de diferentes individuos, aún cuando fuesen tratados por el mismo terapeuta.

J.L.Padilla, en diferentes casos de otitis del niño y el adulto, emplea la acupuntura y las moxas: La afección responde a las influencias patógenas del viento-frio-humedad. El tratamiento se realiza por los principios de los puntos locales y de distancia, siguiendo el criterio de los canales que preferentemente irrigan la zona. Como puntos locales: 19ID, 21TR y 2VB. Estos tres puntos que se alinean en la raíz de la oreja, son de vital importancia en estos tratamientos. En casos agudos de adultos se emplea una moxa del tamaño de un grano de arroz, en tres ocasiones, con lo que se consigue un alivio inmediato del dolor (aplicado en el lado sano). Como puntos a distancia se emplean el 4IG, con maniobras de tonificación, haciendo mover la energía en sentido ascendente del meridiano; el 3TR, punto de tonificación del TR, se puntura de manera perpendicular y se manipula hasta conseguir que la sensación se manifieste en el sentido de la corriente del meridiano; finalmente, el punto 44VB de tonificación de la VB es el que mejores efectos proporciona sobre todo cuando el paciente cursa con fiebre (se puntura perpendicular, hasta que la sensación se manifiesta en todo el pie) (16).

### Digitopuntura.

Si no hay posibilidad de tratar mediante acupuntura, puede ser de utilidad la digitopuntura, sobre todo, para el dolor de oído.

Se localizará un punto en la cara dorsal de la mano, entre el 1º y 2º metacarpiano (Ho-ku). Se acciona estando el paciente sentado o en decúbito presionando con el dedo contra el metacarpiano.

Otro punto que se puede manejar, cuando hay problemas mastoideos, está junto a este hueso, presionando sobre la parte inferior, enfrente, y también en ocasiones, un poco al lado del mismo (además de influir sobre los oídos, lo hace sobre el intestino).

### Homeopatía

La investigación clínica sugiere que la homeopatía es eficaz en el tratamiento de infecciones de las

vías respiratorias en los niños, una causa frecuente de prescripción inadecuada de antibióticos (17).

Habitualmente la homeopatía, cuanto más se parece una enfermedad a la caracterización de un remedio, tanto más probable será un remedio apropiado. Por lo general, la otitis aguda se trata con bajas potencias, como 6 CH y 30 CH, de la mayoría de los remedios. Aquí se incluirán solamente algunas directrices breves y generales sobre algunos remedios homeopáticos que suelen utilizarse para tratar la otitis media aguda. Es conveniente la capacitación en homeopatía antes de prescribir cualquiera de estos remedios, aunque todos estos suelen poder adquirirse sin receta y muchas personas se recetan a sí mismas remedios homeopáticos comunes. No obstante, se incluyen estas notas únicamente con fines de información y no para proporcionar instrucciones en homeopatía. La siguiente lista abarca algunos de los remedios homeopáticos que más a menudo se utilizan en la otitis media y algunas de las consideraciones que un homeópata podría tener en cuenta al prescribir un agente específico para estos trastornos.

**ACONITUM NAPELLUS:** dolor agudo, calor, fiebre; el oído está caliente y dolorido, la oreja o la membrana timpánica puede estar roja. Las compresas calientes alivian el dolor. Esta otitis media por lo general ocurre después de la exposición al viento o a las corrientes de aire.

**BELLADONA:** la otitis media ocurre sobre todo en el oído derecho y puede acompañar a un resfriado con fiebre. Disminuye la sed, la luz puede molestar a los ojos, es evidente la inquietud, el rostro está congestionado el paciente refiere molestias nasales.

**CAPSICUM:** calor e inflamación, con dolor importante.

**CHAMOMILLA:** el paciente puede estar irritable, malhumorado y no puede calmarse durante un período prolongado, las compresas calientes exacerbaban el dolor; una mejilla puede estar enrojecida, en tanto que la otra puede encontrarse pálida.

**FERRUM FOSFORICUM:** en la otitis media inicial éste es el remedio que se utiliza con más frecuencia; indicio gradual de los síntomas; el paciente tiene un rostro rubicundo, no tolera el ruido y desea permanecer quieto.

**HEPAR SULFURIS:** dolor en los oídos, sobre todo con la deglución; el viento o la corriente de

aire exacerban el dolor; el paciente quiere estar arropado e inmóvil; puede estar malhumorado y con dolor.

**KALI MURATICUM:** se escucha un sonido de chasquido y de crepitación en el oído al deglutir y al soplar por la nariz, puede estar disminuida la capacidad auditiva, hay otalgia, sensación de congestión en el oído. También se utiliza para despejar las trompas de Eustaquio cuando persiste líquido después de una otitis media aguda.

**MAGNESIA FOSFÓRICA:** otalgia, sobre todo después de la exposición al aire frío y a las corrientes de aire. Puede no ser siquiera una infección, sino más bien irritación de nervios, más del oído derecho que del izquierdo, pero puede ser cualquiera de los dos, el uso de agua fría para lavarse la cara exacerba el dolor; el dolor siempre se alivia con calor, se siente mejor al frotarse.

**MERCURIS VIVUS:** dolores de oído con los resfriados, ganglios inflamados, el dolor del oído tiende a presentarse cuando está húmedo o hay neblina o cuando ocurren cambios en el clima, mucha salivación, sudación; puede haber abundante secreción purulenta.

**PULSATILLA:** dolores en los oídos con los resfriados sobre todo con secreción nasal blanquecina. El dolor en los oídos es pulsátil; también es un remedio principal para la otitis externa con enrojecimiento e inflamación en el conducto externo; emocionalmente desea ser consolado; puede querer estar pegado a la madre, estar lloroso, nervioso o tener un cambio rápido en los estados de ánimo, insomnio, el calor agrava el problema. Disminuye la sed: por lo general los síntomas se exacerban por la tarde o por la noche. El aire fresco mejor los síntomas.

**VERBASCUM:** otitis media, sobre todo del lado izquierdo. Puede haber tos o también laringitis.

## Balneoterapia

– En la otitis serosa de repetición puede usarse el método de insuflación tubo-timpánica. Con el paciente sentado delante del médico y un fonendoscopio doble para los dos (con auricular doble), se oye el ruido que se produce en el interior de los oídos del paciente. Cuando el gas insuflado penetra por la trompa de Eustaquio hace ruido al pasar por la parte posterior de la membrana y se hace audible por el médico, siendo

señal de que la sonda está bien colocada (se insufla mediante la sonda de Itard) (18).

## Fármacos

### Antibióticos

En Estados Unidos y España se escogen los antibióticos como tratamiento de primera opción en todos los casos de otitis media, incluida la otitis media no complicada. Muy a menudo se prescribe amoxicilina, pero también se utiliza con frecuencia eritromicina y amoxicilina/ácido clavulánico.

Amoxicilina en < 3 meses: 20 a 30 mg/kg/día fraccionados cada 12 h; en > 3 meses: 40 a 50 mg/kg/día fraccionados cada 8 a 12 h.

Trimetoprima/sulfametoxazol (Bractrim, Septra) > 2 meses: 6 a 10 mg/kg/día fraccionados en dosis administradas cada 12 h.

En casos resistentes, amoxicilina/clavulanato < 3 meses: 30 mg/kg/día fraccionados cada 12 h; > 3 meses: 25 a 45 mg/kg/día fraccionados cada 12 h.

A medida que avanza la resistencia bacteriana, se utiliza de forma sistemática una gama más amplia de antibióticos.

Se está cuestionando el fundamento y la utilidad del tratamiento sistemático con antibióticos en la otitis media no complicada. Un análisis de los datos disponibles indica que es mínima la utilidad de la antibioticoterapia de todos los casos de otitis media aguda, de hecho es necesario administrar antibioticoterapia inicial a 17 niños para evitar solamente que uno de ellos experimente dolor en 2-7 días (19).

En otros países, como en los Países Bajos, Dinamarca y Suecia, la mayoría de los niños que presentan una otitis media habitual no se tratan inicialmente con antibióticos (20). Los Países Bajos tienen en general la tasa más baja de uso de antibióticos; sólo en un 31% de los casos en este país se utiliza antibioticoterapia (21). En la bibliografía británica (22), Estados Unidos (23), Australia y España se recomienda a los médicos procurar no utilizar la antibioticoterapia en las enfermedades habituales de las vías respiratorias altas, incluida la otitis media. La guía realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía recomienda la utilización racional de los antibióticos en el tratamiento de la OMA en la infancia y se espera que su implementación en la práctica clínica ayude a reducir el consumo excesivo de este tipo de fármacos en nuestro medio, contribuyendo a la disminución de resistencias bacterianas y de efectos indeseables (24).



No obstante, en Estados Unidos (al igual que en Australia), hasta un 98% de los casos se tratan con antibióticos (25).

Se considera que el uso excesivo de antibióticos en la otitis es una causa importante de resistencia a los antibióticos. En algunos países, un 50-80% de las cepas de *Streptococcus*, incluidas la mayoría de las cepas que producen enfermedad en los niños, son resistentes a la penicilina (26). Asimismo, hay una alarmante frecuencia de cepas resistentes a polifármacos (11).

Los antibióticos también destruyen la flora benéfica en otras zonas de mucosas como en el tubo digestivo. Los ciclos repetidos y prolongados de antibioticoterapia en la infancia conllevan una proliferación de hongos (*Candida*) en el sistema gastrointestinal y también se acompañan de un mayor riesgo de alergias. Algunas de las secuelas inmediatas de los antimicrobianos son la duplicación de la frecuencia de diarrea, vómitos y exantema (27).

Los antibióticos reducen ligeramente el número de niños con infección aguda del oído medio que presentan dolor después de algunos días. Sin embargo, la mayoría (78%) remitió espontáneamente en este tiempo, lo que significa que se deben tratar 16 niños para prevenir que uno presente dolor de oído. Este beneficio debe equilibrarse con los posibles efectos perjudiciales: uno de cada 24 niños presenta síntomas causados por los antibióticos. Los antibióticos son muy útiles en los niños menores de dos años de edad, con otitis media aguda bilateral, y con otitis media aguda y secreción ótica. Para la mayoría de los otros niños con enfermedad leve, parece justificado un enfoque observacional expectante (28).

Otros estudios que promueven el uso restringido de antibióticos han conseguido una disminución importante del uso de AB, alrededor del 50% incluso en niños menores de 2 años donde la prevalencia de OMA es mayor, con un enfoque terapéutico realista y que no origina más consultas pediátricas (29).

### **Descongestivos y secretolíticos**

Diversos antihistamínicos y descongestivos, como la difenhidramina y la efedrina, habitualmente se pres-

criben como tratamientos auxiliares en la otitis media no complicada. Estos agentes secan las secreciones en las vías nasales y proporcionan alivio sintomático a los síntomas concomitantes de infección respiratoria alta. Los efectos secundarios de estos fármacos incluyen sedación o estimulación excesiva; es común la sequedad molesta de la mucosa. La eficacia del empleo de estos fármacos no es mayor que la del placebo; por tanto, no se recomiendan (30).

### **Analgésicos y antiinflamatorios**

El paracetamol o el ibuprofeno suelen recomendarse para el alivio sintomático del dolor y para reducir la fiebre. Los posibles efectos secundarios incluyen irritación o toxicidad en el sistema gastrointestinal, hígado o riñones, así con la pérdida de los beneficios de una febrícula para ayudar al sistema inmunitario a eliminar naturalmente un microorganismo patógeno.

### **Tratamiento quirúrgico: Miringotomía**

Cuando no se ha logrado despejar episodios recidivantes de otitis media, suele hacerse o una miringotomía o implantación quirúrgica de sondas de drenaje a través de membrana timpánica. Esto suele recomendarse en niños cuyo derrame en el oído medio interfiere en la audición y por tanto en el desarrollo del lenguaje. Los efectos secundarios son el riesgo de la anestesia, el someterse a un procedimiento quirúrgico mayor y la frecuencia significativa de recidiva de otitis media pese a la implantación de los tubos de drenaje. Pueden llegar a taparse o pueden ser expulsados por la membrana timpánica en fase de cicatrización. En ocasiones, los tubos se alojan por detrás de la membrana timpánica y es necesario extraerlos mediante un segundo procedimiento quirúrgico. Los tubos de drenaje timpánico sirven unos 6 meses para descongestionar el oído pero hay que valorar sus riesgos (31).

En las revisiones hechas sobre las recomendaciones de adenoidectomía y quimioprofilaxis como preventivo de recidivas no se observó ninguna disminución de casos respecto del placebo por lo cual no serían recomendables (32).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bluestone CD, Stephenson S, Martin LM: Ten-year review of otitis media pathogens. *Pediatr Infect Dis* 11 (Suppl): 7, 1992.
2. Rosenfeld R: An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Otolaryngol* 43: 1165- 1181, 1996.
3. Sharon Sanders, Paul P Glasziou, Chris Del Mar, Maroeska Rovers. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Suzuki C, Balaban C, Sando 1, et al: Postnatal developme of eustachian tilbe: A computer-aided three-dimensional reconstruction and measurement study. *Acta Otolaryngol (Stoekholml* 118: 837-843, 1998.
5. Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB *Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood*. *J Pediatr (Rio J)*. 2006 Mar-Apr; 82(2): 87-96.
6. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J.A *summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries*. *Breastfeed Med*. 2009 Oct;4 Suppl 1: S17-30.
7. Gotsadze K, Gogatishvili R. Usage of medicines inducing secretolysis in treatment of acute otitis media in children. *Georgian Med News*. 2005 May;(122): 21-5.
8. Nsouli TM, Nsouli SM, Linde RE, et al: Role of food allergy in serous otitis media. *Ann Allergy* 73: 215-219, 1994.
9. Perera R, Haynes J, Glasziou P, Heneghan CJ Autoinsuflación para la hipoacusia asociada a la otitis media con derrame (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
10. Schoneberger D: The intluence of immune-stimulating effects of pressed juice of eehinacea purpurea Oil (he course and severit)' of colds. *For Immunol* 8: 2-12, 1992.
11. Wahl RA, Alcous MB, Worden KA, Grant KL. Echinacea purpurea and osteopathic manipulative treatment in children with recurrent otitis media: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2008 Oct 2; 8: 56.
12. Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, de Melker RA: Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: Evidence based? *Br J Gen Pract* 48: 1861-1864, 1998.
13. Foxlee R, Johansson A, Wejfalk J, Dawkins J, Dooley L, Del Mar C Analgesia tónica para la otitis media aguda (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
14. Sarrell EM, Cohen HA, Kahan E. Naturopathic treatment for ear pain in children. *Pediatrics*. 2003 May; 111(5 Pt 1): e574-9.
15. Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF. The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Arch Peadiatr Adolesc Med*. 2003 Sep; 157 (9): 861-6.
16. Padilla, J.L. La acupuntura en la senda de la salud. A propósito de 4.140 casos. Tomo I. Ed. Escuela Neijing. Madrid. 1988.
17. Viksveen P. *Antibiotics and the development of resistant microorganisms. Can homeopathy be an alternative?* *Homeopathy*. 2003 Apr; 92(2): 99-107. Review.
18. Malaval D, Dejour B, Pieraggi J, Vincey P [*Crenotherapy of serous otitis media at Luchon. Apropos of a homogeneous series of 43 cases*]. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 1986; 107 (2): 145-9.
19. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M: Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 314: 1526-1529, 1997.
20. Jensen PM, Louis J: Treatment of Acute Otitis Media in Danish General Praetiee. In *Abstracts of the Sixth International Symposium on Recent Advances in Otitis Media*, Fort Lauderdale, FL, 1995, P 123.
21. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB: Antibiotics for otitis media in children. *Cochrane Database Syst Review* (2): CD000219, 2000.
22. Butler CC, Rollniek S, Kinnersley P, et al: Reducing antibiotics for respiratory tract symptoms in primary care Consolidating "why" and considering "how." *Br J Gen Pract* 48:1865-1870,1998.
23. Damoiseaux RA, van Balen FA, Hoes AW, de Melker RA: Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: Evidence based *Br J Gen Pract* 48: 1861-1864, 1998.

24. Pedro Martín Muñoz Juan Ruiz-Canela Cáceres. [Manejo de la otitis media aguda en la infancia]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). 2001.

25. Pshetizky Y, Naimer S, Shvartzman P. Acute otitis media- a brief explanation to parents and antibiotic use. *Fam Pract.* 2003 Aug;20(4):417-9. 2003 Aug; 20(4): 417-9.

26. Crook DW, Spratt BG: Multiple antibiotic resistance in *Streptococcus pneumoniae*. *Br Med Bu*1154: 595-610, 1998.

27. Del Mar C, Glasziou P, Hayem M: Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 314: 1526-1529,1997.

28. Sharon Sanders, Paul P Glasziou, Chris Del Mar, Maroeska Rovers. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Ox-

ford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

29. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004.

30 Rosenfeld R: An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Otolaryngol* 43: 1 169, 1996.

31. McDonald Stephen, Langton Hower Claire D, Nunez Desmond A. Drenajes timpánicos (tubos de ventilación) para la otitis media aguda recurrente en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

32. Koivunen P,Uhari M,Luotonen J,Kristo A,Raski R,Pokka T,Alho OP. Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 487.