



Editorial

¿Cuánto de científico existe en el diagnóstico de la otitis media aguda?

Fernando del Castillo Martín. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid. Correo electrónico: fdm02m@saludalia.com

Términos clave en inglés: otitis media; diagnosis

Términos clave en español: otitis media; diagnóstico

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2009

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2009

Fecha de publicación: 1 de junio de 2009

Evid Pediatr. 2009; 5: 33 doi: vol5/2009_numero_2/2009_vol5_numero2.1.htm

Cómo citar este artículo

Del Castillo Martín F. ¿Cuánto de científico existe en el diagnóstico de la otitis media aguda?. Evid Pediatr. 2009; 5: 33.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009_numero_2/2009_vol5_numero2.1.htm

EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-09. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

¿Cuánto de científico existe en el diagnóstico de la otitis media aguda?

Fernando del Castillo Martín. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid. Correo electrónico: fdm02m@saludalia.com

A la otitis media aguda (OMA) la podríamos denominar como “un gigante con pies de barro”. Lo decimos porque, mientras existen un gran número de publicaciones sobre el tema (posiblemente la OMA sea una de las patologías con mayor frecuencia de trabajos en revistas científicas), son pocos realmente los trabajos de autentico valor científico, existiendo un alto porcentaje de publicaciones menores o de comercialidad encubierta. Esta no sería demasiado grave si existiera al menos un cierto bagaje de información científica que permitiera conocer aceptablemente bien a esta enfermedad. Pero esto no es así. Hace no mucho tiempo reconocidos investigadores afirmaban que: “*Aunque hay acuerdo general sobre la indicación del uso de antibióticos en la OMA (lo que tampoco es absolutamente cierto), no hay tal acuerdo sobre como realizar el diagnóstico*”¹. Evidentemente si esto es cierto (y como veremos si lo es), podemos preguntarnos como vamos a realizar estudios científicos, incluso acuerdos y consensos sobre una patología que aún está por definir y que no parece reconocamos bien. Es verdad que ha habido un discreto avance en el conocimiento de la OMA en los últimos años desde que se hizo esta afirmación, pero este progreso ha sido discreto y limitado, existiendo aún muchos e importantes interrogantes clínicos y terapéuticos, algunos de los cuales nosotros ya expusimos en su día².

La situación diagnóstica hasta los años 90 se puede definir como caótica. Un ejemplo paradigmático puede ser un consenso sobre el tema realizado por una de las escuelas más importantes en el estudio de esta enfermedad³. El consenso definía como OMA la presencia de una alteración timpánica acompañada de al menos un criterio clínico: fiebre, otalgia, otorrea, catarro o vómitos. Evidentemente, con esta clínica tan poco exigente en la que se incluían criterios tan inespecíficos, esa definición era la puerta abierta a dos importantes riesgos. Uno clínico, al proporcionar al pediatra material con un elevado riesgo de error diagnóstico y otro científico, al generar heterogeneidad en la evaluación y selección de casos y enfermos. Un excelente ejemplo de esto último fue un trabajo realizado a comienzo de años 80 en el que los autores enviaron una encuesta a 165 pediatras preguntándoles que entendían por OMA⁴. El resultado fue que en 147 ocasiones las respuestas fueron diferentes, lo que refleja el grado de desconcierto existente en ese momento. Aún más, profundizando en el tema, los autores también analizaron 26 estudios científicos publicados sobre la enfermedad revisando los criterios diagnósticos de OMA y encontrando que en 18 series se utilizaron criterios clínicos distintos a la hora de definir la enfermedad. Más recientemente, otro trabajo analiza 80 publicaciones sobre OMA, examinando en cuantas se incluyen los tres criterios mayores del diagnóstico como son comienzo agudo, otorrea/otalgia y presencia de exudado en la cavidad media⁵. En ningún caso se utilizaron los tres criterios juntos y en un 35% no

se utilizo ninguno de los tres.

Intentando poner claridad en este paraíso de la confusión diagnóstica, se publican en la década de los 90 algunos trabajos sustentados en metodologías científicas, con análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos de los diferentes signos y síntomas que origina la OMA⁶⁻¹¹. Aunque son pocas las series publicadas, estas nos vienen a decir que la mayoría de los signos y síntomas incluidos por la comunidad científica en el diagnóstico de la OMA carecen de valor por su pobre o nula especificidad, siendo valorable exclusivamente la otorrea aguda y la otalgia aguda, debiéndose excluir del diagnóstico la fiebre, los síntomas catarrales y otros como vómitos o diarrea. Sin embargo, estos trabajos adolecen de una grave insuficiencia: la valoración del lactante. Si la otalgia es el síntoma cardinal, ¿cómo analizar este en niños pequeños o lactantes sin capacidad de verbalizar? Los autores señalan como expresión de otalgia en la OMA del lactante la irritabilidad o el malestar. Pero esto es vago, demasiado impreciso como para dotar al diagnóstico de la OMA de una herramienta científicamente válida y clínicamente útil. Necesitamos conocer como es esa irritabilidad, sus características y peculiaridades, pero la literatura no nos lo aclara. Nosotros hemos observado y escrito que frecuentemente el llanto de la OMA en el lactante ocurre generalmente a mitad de la noche, entre las 3-4 h de la madrugada y que requiere una atención importante por la familia, no calmándose con cualquier maniobra sencilla, como ponerle el chupete¹². Sin embargo, esta observación original, ya que no conocemos autores que la hayan descrito, no está validada por ningún estudio científico, por lo que se queda en simple observación clínica.

Esta grave situación en el diagnóstico de la OMA se acentúa si analizamos el otro pilar diagnóstico como es la otoscopia. Si escasa es la información y validación científica de la clínica, la ausencia de rigor es aún mayor a la hora de explorar el tímpano. Históricamente se ha considerado este patológico, cuando existe un abombamiento de la membrana timpánica con mayor o menor borramiento de las estructuras timpánicas, especialmente el pliegue y una pérdida de la transparencia de la membrana con o sin enrojecimiento¹³. El enrojecimiento se ha discutido mucho, encontrando algunos autores que sólo tiene alguna significación si es muy intenso¹⁴. Pero estas observaciones, si exceptuamos el color rojo, son propias también de la otitis media serosa, diferenciándose la otoscopia poco en muchas ocasiones en ambos procesos, teniendo que recurrir a la presencia de dolor para diferenciarlas. Pero se conoce que la sensibilidad de la otalgia está entre el 60-70%⁶ y que alrededor de un 15% de los enfermos con otalgia no tienen OMA⁷ (pueden ser obstrucciones agudas de las trompas, que también son dolorosas), lo que realmente sirve para comprender

la frase de Blueston: "Muchos supuestos de OMA son otitis medias con exudado (OME). Podemos afirmar, pues, que la OMA está siendo sobrediagnosticada"¹⁵. Como podemos deducir, este panorama concita confusión clínica y pérdida de rigor científico, de ahí la denominación de "gigante con pies de barro" que hemos aplicado a la OMA al comienzo de estas líneas.

Se puede señalar que la solución podría ser la timpanocentesis¹⁶. Pero, es una técnica invasora con ciertos riesgos, dolorosa, aunque mucho menos de lo que podría pensarse, y requiere una formación que pocos pediatras o médicos generalistas no tienen. Además, tampoco sería el dato definitivo, ya que en un 20-30% de las series de OMA el cultivo es estéril (¿virus, anaerobios, OMA que son OME?) y en el 50% de la otitis media serosa (OME) se aísla un patógeno².

Recientemente, un consenso de la Academia Americana de Pediatría y de Médicos de Familia ha querido poner una cierta sistematización a esta indefinición reinante, aunque, sin duda, contando con la escasa evidencia científica descrita, sobre la cual nada aporta¹⁷. Los autores se apoyan para la definición de OMA en los criterios clásicos de inflamación: agudo, dolor, edema –aquí exudado-, enrojecimiento y pus –aquí otorrea-. El resultado en gran medida resulta práctico y viene a poner cierto orden en el galimatías conceptual previo que hemos descrito. Y desde este punto de vista supone un importante avance, pues en muchos aspectos todos podemos utilizar un mismo lenguaje. Sin embargo, nada aporta en el conocimiento de la enfermedad, persistiendo todos los interrogantes antes señalados, especialmente en cuanto a qué llamamos otalgia y cuándo un abombamiento timpánico debe considerarse propio de OMA o de otitis media serosa. Un reciente consenso realizado en nuestro país por la Sociedades de Pediatría y Otorrinolaringología ha querido paliar algunos de los aspectos más imprecisos del consenso de EE.UU. pero tampoco aportan nada a la evidencia científica¹⁸.

En esta situación nos encontramos actualmente. Seguimos publicando trabajos sobre OMA, la eficacia de ciertos tratamientos, la necesidad de tratar o no con antibióticos, los riesgos de padecer complicaciones más o menos graves, etc., pero seguimos en muchas ocasiones "utilizando el nombre de otitis media aguda en vano". Un ejemplo paradigmático reciente es un trabajo comentado en este mismo número de la revista^{19,20}. Los autores pretenden conocer la influencia de otitis media y de la antibioterapia previa como factor protector o no de la complicación de mastoiditis. Para ello los autores se apoyan en datos recogidos a través de un registro nacional donde figura todos los diagnósticos de los niños atendidos por Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Esto supone más de 2 millones de enfermos y más de 400 médicos. Creo que cualquier lector inteligente ya ha deducido que, si el diagnóstico de OMA es complicado y frecuentemente discordante, sacar conclusiones sobre diagnósticos realizados por cientos de personas anónimas no válidas y, además con el ambiguo diagnóstico de otitis media

(¿aguda, serosa, ambas?), supone introducir un factor de confusión extraordinario que incapacita cualquier resultado serio, de manera que cualquier conclusión en esas circunstancias carecen de valor científico. Trabajos así son publicados a docenas, incluso en revistas prestigiosas, como es el caso de esta serie comentada y que se ha publicado, nada más y nada menos, que en *Pediatrics*¹⁹.

Como resumen queremos decir finalmente tres cosas. En primer lugar, necesitamos conocer más y mejor la otitis media, tanto su forma aguda como la subaguda (serosa) y ser conscientes del estado de indefinición en el que encuentra esta patología, una de las más frecuentes y emblemáticas de la pediatría. En segundo lugar, necesitamos estudios científicos que nos aclaren muchos de los puntos oscuros que hemos ido describiendo en el transcurrir de estas líneas. Sólo así podremos realizar conclusiones sustentadas en la objetividad. Y tercero, deberíamos evitar el aprovechamiento de esta situación por parte de intereses oscuros que apoyándose en toda esta situación introducen falacias interesadas. Solo la exigencia de los editores en la aceptación de trabajos y la lectura crítica y activa, incluso, me atrevería a decir, "desconfiada" de los lectores, nos puede salvar de tanta literatura basura o interesada, no sólo en el mundo de la OMA, sino, desgraciadamente en la mayoría de nuestro mundo de conocimiento.

Bibliografía:

- 1.- Dowell SF, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Schwartz B. Otitis media. Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics*. 1998; 101:165-7.
- 2.- Del Castillo Martín F. Tratamiento de la otitis media aguda en niños. Algunos interrogantes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1997;15: 212-6.
- 3.- Karma P, Palva T, Kouvalainen K, Kärjä J, Mäkelä PH, Prinssi VP et al. Finnish approach to the treatment of acute otitis media. Report of the Finnish Consensus Conference. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1989; 96 (suppl 129): 1-19.
- 4.- Hayden GF. Acute suppurative otitis media in children. Diversity of clinical diagnostic criteria. *Clin Pediatr*. 1981; 20: 99-104.
- 5.- Chan LS, Takata GS, Shekelle P, Morton SC, Mason WM, Marcy SM. Evidence assessment of management of acute otitis media: II. Research gaps and priorities for future research. *Pediatrics*. 2001; 108: 248-54.
- 6.- Heikkinen T, Ruuskanen O. Signs and symptoms predicting acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995; 149: 26-9.
- 7.- Kontiokari T, Koivunen P, Niemela M, Pokka T, Uhari M. T. Symptoms of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1998; 17: 676-9.
- 8.- Niemela M, Uhari M, Jounio-Ervasti K, Loutonen J, Alho OP, Vierimaa E. Lack of specific symptomatology in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 1994; 13: 765-8.
- 9.- Arola M, Ruuskanen O, Ziegler T, Mertsola J, Nantö-Salonen K, Putto-Laurila A, et al. Clinical role of respiratory infection in acute otitis media. *Pediatrics*. 1990; 86: 848-55.
- 10.- McCormick DP, Lim-Melia E, Saeed K, Baldwin CD, Chonmaitree T. Otitis media: can clinical finding predict bacterial

or viral etiology? *Pediatr Infect Dis J.* 2000; 19: 256-6.

11.- Rothman R, Owens T, Simel DL. Does this child have acute otitis media? *JAMA.* 2003; 290: 1633-40.

12.- Del Castillo Martín F. Otitis media aguda: Criterios diagnósticos y aproximación terapéutica. *An Esp Pediatr.* 2002; 56 (supl 1): 40-7.

13.- Bluestone CD, Klein JO. Otitis media in infants and children. Philadelphia: W. B. Saunders, 1988.

14.- Pelton SI. Otoscopy for the diagnosis of otitis media. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17: 540-3.

15.- Bluestone CD. Role of surgery for otitis media in era of resistant bacteria. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17: 1090-8.

16.- Klein JO. The "in vivo sensitivity test" for acute otitis media revisited. *Pediatr Infect Dis J.* 1998; 17: 774-5.

17.- American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Clinical Practice Guideline. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics.* 2004; 113: 1451-65.

18.- Del Castillo Martín F, Delgado Rubio A, Rodrigo G. de Liria C, Villafruela MA, Cervera J, Picazo J J. Consenso Nacional sobre Otitis Media Aguda. Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. *An Pediatr.* 2007; 66: 603-10.

19.- Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, Saxena S, Sharland M, Wong ICK. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: A retrospective cohort study using the United Kingdom General Research Database. *Pediatrics.* 2009; 123: 424-30.

20.- Martín Muñoz P, Ruiz-Canela Cáceres J. La incidencia de mastoiditis no se ha incrementado con la actitud de no tratar la otitis media aguda. *Evid Pediatr.* 2009; 5:43.