

Otitis secretoras de repetición e hipertrofia adenoidea

M. F. Pedrero Escalas, M. Padilla Parrado,
E. Ruiz de Gauna, J. A. Jiménez Antolín,
M. Caro García

Septiembre 2013

Otitis secretora

- Secretora, seromucosa, serosa, etc.
- Definición: acúmulo de líquido o moco en el oído medio, en **ausencia** de inflamación o infección.
- No existe tratamiento médico avalado.
- Resolución espontánea en el 40% de los casos.

Epidemiología

- Prevalencia: 6,8%, con un pico de incidencia del 12,9% entre los cinco y los seis años.
- El 80% de los niños tiene por lo menos algún episodio de otitis secretora (OS) antes de la edad escolar.

Etiología

Multifactorial

- Trompa de Eustaquio.
- Desarrollo inmunológico normal del niño.
- Cambios morfológicos cefálicos con el crecimiento.
- Relación estacional.
- Fumadores pasivos.

Clínica

- Disminución de la audición (40-50% infradiagnosticada).
- Predisposición → Otitis medias agudas de repetición.
- A largo plazo →→ cambios en la morfología timpánica, riesgo de otitis adhesiva.

Diagnóstico

- Gran problema, depende de los ojos que lo vean....
Ideal: diagnóstico de la hipoacusia + diagnóstico visual del moco.
- Diagnóstico de hipoacusia:
 - ✓ Timpanometría.
 - ✓ **Audiometría tonal (≥ 30 dB en 3 frecuencias).**
 - ✓ Acumetría.
 - ✓ Potenciales evocados.
 - ✓ Hipoacusia para los padres.
- Diagnóstico visual del moco:
 - ✓ Otoscopia simple.
 - ✓ **Otoscopia neumática.**
 - ✓ Microscopio óptico.



Otoscopio neumático frente a timpanometría

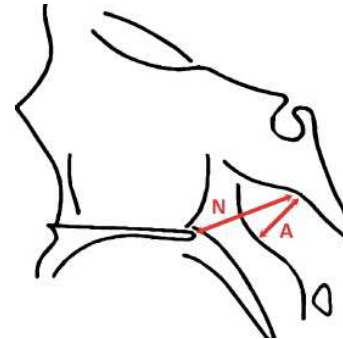
- Sensibilidad 94%.
- Especificidad 80%.

Adenoides en la otitis secretora

- Adenoides: tejido linfoide en la pared posterior y el techo de la nasofaringe (anillo de Waldelyer).
- Problemas asociados:
 - ✓ Respiración bucal mantenida (riesgo de alteraciones en el paladar).
 - ✓ ¿Halitosis?
 - ✓ Síndrome de apnea obstructiva del sueño (junto con hipertrofia amigdalina).
 - ✓ Riesgo de sinusitis.
 - ✓ Voz nasal.
 - ✓ ¿Otitis de repetición?
- Diagnóstico: radiografía de *cavum*, **fibroscopia**, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), rinomanometría acústica, etc.

¿Cómo calcular el tamaño adenoideo?

- Ideal: **nasofibroscopia**.
- Paradise (tipo de respiración, tipo de voz, etc.).
- Radiografía lateral de *cavum* “nuestra realidad”.
- Coeficiente de Fujjoka (tejido adenoideo/nasofaringe) $\geq 0,8$ (grave).
- TC, RM.
- Rinomanometría acústica.



Paradise JL, Beverly S, Bernard D, *et al.* Assessment of adenoidal obstruction in children: Clinical signs versus roentgenographic findings. *Pediatrics*. 1998;979-86.

¿Cuándo está indicada la adenoidectomía?

- Hoy en día no hay mucho consenso, depende de:
 - ✓ La enfermedad subyacente.
 - ✓ La experiencia clínica.
 - ✓ La personalidad del cirujano (adultos-adolescentes, niños).
- **Consensuadas:**
 - ✓ Sospecha de SAOS grave.
 - ✓ Sospecha de enfermedad maligna.
- **Relativas:**
 - ✓ Infecciones óticas recidivantes.
 - ✓ Sinusopatía crónica recurrente.
- **No indicado para:**
 - ✓ Alteración dentofaciales.
 - ✓ Alteración ponderal.
 - ✓ Malformaciones en la úvula o el paladar.

American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology Head and Neck surgery and American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Otitis media with effusion. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. Pediatrics. 2004;113:1412-29.

Tratamiento de las otitis secretoras

Médico

- Estrategia *watch and wait*.
- Aerosoloterapia:
 - ✓ Mucolíticos.
 - ✓ Corticoides.
- Mucolíticos orales.
- Antihistamínicos.
- Antibióticos.
- Vacunación antineumocócica.

Quirúrgico

- Miringotomía + drenaje transtimpánico (DTT)
- Miringotomía + DTT + **adenoidectomía.**

American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology Head and Neck surgery and American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Otitis media with effusion. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. Pediatrics. 2004;113:1412-29.

Indicaciones de drenaje transtimpánico

- **Otitis secretora** mantenida como mínimo **más de tres meses constatados**, que no evoluciona favorablemente (**pérdida auditiva**).
Bilateral frente a unilateral:
 - ✓ **1.º cirugía:** DTT (no solo miringotomía, no adenoidectomía salvo...).
 - ✓ **2.º cirugía:** DTT + adenoidectomía.
- **Complicaciones de otitis media aguda (OMA):**
 - ✓ Mastoiditis sin otorrea (urgente drenaje DTT).
 - ✓ Petrositis.
 - ✓ Tromboflebitis de seno cavernoso, yugular, etc.

¿Cuándo derivar?

- Confirmación diagnóstica y realización de pruebas complementarias.
- Valoración quirúrgica de DTT +/- adenoidectomía.

Resumen

- Etiología multifactorial.
- No existe ningún tratamiento médico avalado.
- Se recomiendan hasta un **mínimo** de tres meses de observación: *estrategia watch and wait*.
- No esta indicada la adenoidectomía inicialmente.

Lecturas recomendadas

- Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gomez Campderá JA, Gras Albert JR, Pérez Piñero B, Villafruela Sanz MA. **Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: Documento de consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringológica y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría.** Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:59-65.
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology Head and Neck surgery and American Academy of Pediatrics. **Subcommittee on Otitis media with effusion. Clinical practice guideline: otitis media with effusion.** Pediatrics. 2004;113:1412-29.
- Takata GS, Chan LS, Morpew T, Mangione-Smith R, Morton SC, Shekelle P. **Evidence assessment of the accuracy of methods of diagnosing middle ear effusion in children with otitis media with effusion.** Pediatrics. 2003;112(6 Pt 1):1379-87.

