

**J. TISNER NIETO\***  
**J. ROYO LOPEZ\*\***  
**T. LAHOZ ZAMARRO\*\*\***  
**A. TEJERO GARCES\*\*\*\***  
**J.M. GARCIA SOLANS\*\*\*\*\***

\* C.M.E. Inocencio Jiménez. Zaragoza

\*\* Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

\*\*\* Hospital Obispo Polanco. Teruel

\*\*\*\* C.M.E. Grande Covián. Zaragoza

\*\*\*\*\* Hospital Miguel Servet. Zaragoza

## Protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de las otitis medias supuradas

*Este Protocolo fue presentado, debatido y aprobado en Sesión Científica celebrada en Benasque con motivo de la "Iª Jornada Blanca de la SAORL" los días 7-9 de marzo de 1997*

### Otitis Media Aguda Supurada Simple

- 1.- Ante la presencia de secreción en CAE debemos primeramente hacer la Historia Clínica incluyendo exploración sistemática de todo el tracto respiratorio superior y un limpieza cuidadosa del CAE para identificar la procedencia de dicha secreción: otitis externa supurada bacteriana, neurodermatitis alérgica infectada o no, otitis externa micótica, miringitis vesiculosa vírica o un Síndrome de Ramsay-Hunt, o bien que se trate de secreción procedente de oído medio a través de perforación timpánica, que puede ser visualizada o no. El procedimiento recomendado es la microaspiración con ayuda de microscopio otológico.
- 2.- Si visualizamos la perforación timpánica debemos reflejar en la Historia Clínica su localización, para lo cual recomendamos hacer un esquema de la imagen timpánica del oído afecto y dibujar la perforación, con lo cual tenemos establecido su tamaño y localización, a efectos de su valoración en la revisión posterior que debemos realizar en el plazo no superior a 30 días.
- 3.- Desde el primer momento debemos instaurar tratamiento general antibacteriano, siendo opcional el tratamiento tópico.
- 4.- Si en la primera revisión posterior vemos claramente la perforación timpánica, lo reflejaremos mediante un esquema que indique claramente su situación (marginal respetando o no el annulus, o mesotimpánica) y tamaño aproximado.
- 5.- Si en la primera revisión no aparece perforación, lo reflejaremos en la Historia Clínica como cierre espontáneo. Debemos valorar la audición.

- 6.- Si en la primera revisión sigue persistiendo la otorrea debemos cambiar de tratamiento tópico y general. Opcionalmente puede realizarse frotis ótico para identificación del agente causal y correspondiente antibiograma.
- 7.- En la segunda revisión, no superior a los 30 días, podemos encontrarnos con la desaparición de la otorrea. Si no vemos perforación, lo reflejaremos como cierre espontáneo. Si queda perforación, lo reflejaremos en la Historia, preferentemente con un esquema o dibujo, y revisaremos el oído entre los 6 y 12 meses antes de valorar cirugía. Debemos realizar audiometría.
- 8.- Si en la segunda revisión sigue persistiendo la otorrea, es obligado la realización de frotis ótico, debiendo cambiar nuevamente el tratamiento tópico y general. Habrá que seguir el protocolo de "otitis media crónica supurada simple".

### Otitis Media Crónica Supurada Simple

Nos podemos encontrar con la persistencia de supuración procedente de oído medio de más de 3 meses de duración, o bien con perforación timpánica seca, secuela de anteriores otitis supuradas.

#### I. CON OTORREA

- 1.- Primeramente realizaremos Historia Clínica, con examen completo de la vía respiratoria alta, y limpieza cuidadosa de secreciones, preferentemente con microaspirado con microscopio otológico. Si vemos la perforación lo reflejaremos en el Historial, siendo muy útil el dibujo de un esquema de la situación de dicho oído. Se instaurará tratamiento tópico y/o general desde el primer momento.

2.- Primera revisión, antes de los 30 días. Si no cede la otorrea, aspirado nuevamente de secreciones y cambio de tratamiento tópico y general. Si el oído está seco, reflejaremos la situación y tamaño de la perforación en un esquema; debemos hacer audiometría tonal y si se dispone, de manometría tubárica. Seguiremos el protocolo de Otitis Media Crónica Supurada Simple "sin otorrea".

3.- Segunda revisión, antes de los 30 días posteriores. Si persiste la otorrea, realizaremos cultivo para identificación del agente causal, y mientras tanto cambiaremos el tratamiento tópico y general. Si el estado de la mucosa lo permite, realizaremos biopsia.

4.- Tercera revisión antes de otros 30 días. Si ha cedido la otorrea, seguiremos el protocolo de OMCSS "sin otorrea". Si persiste la otorrea, realizaremos radiografía de mastoides, y si no cede con el tratamiento instaurado con los resultados del cultivo y/o biopsia, valoraremos la mastoidectomía. Hay que realizar audiometría tonal aérea y ósea, y si es posible, manometría tubárica.

## II. SIN OTORREA

1.- Reflejaremos en el Historial Clínico claramente la situación y tamaño aproximado de la perforación, siendo muy útil dibujar un esquema.

2.- Realizaremos audiometría tonal liminar aérea y ósea. Si se dispone, haremos manometría tubárica.

3.- En el plazo entre 6 y 12 meses vigilarémos periódicamente el oído para valorar un cierre espontáneo, pudiendo usarse en este plazo de tiempo injertos artificiales; habrá que hacer audiometría para tener una estimación de la ganancia auditiva ante la posibilidad de cirugía correctora.

4.- Si a los 12 meses no se ha cerrado espontáneamente la perforación propondremos al paciente la cirugía siempre y cuando no haya tenido otorrea en el plazo de al menos 30 días. Hay que hacer audiometría tonal aérea y ósea y valorar la reserva coclear ipsi y contralateral.

5.- Si el paciente rechaza la cirugía realizaremos revisión de dicho oído cada 6 meses, salvo anomalidades.

## **Otitis Media Crónica Supurada Colesteatomatosa (OMCSC)**

Precisaremos en primer lugar la existencia de síntomas que indiquen posible complicación como es la afectación del VII par craneal, vértigo laberíntico con signo de la fístula presente, cefalea persistente, meningismo, fie-

bre en agujas, flemón cervical, etc. Habremos hecho, de entrada, la clasificación en otitis colesteatomatosa complicada, y en no complicada.

### I. O.M.C.S.C. NO COMPLICADA

1.- Como en anteriores protocolos, además de la Historia Clínica correspondiente, haremos exploración completa de la vía respiratoria alta.

2.- Se impone realizar sobre el oído afectado cuidadosa revisión y limpieza de secreciones con microscopio otológico para descubrir el origen de la supuración reflejando en la Historia (es aconsejable dibujar un esquema) la situación, estado de la mucosa de oído medio, existencia de pólipos. Si es posible, realizaremos biopsia de mucosa o extirpación de pólipos.

3.- En la primera visita, instauraremos tratamiento tópico y/o general. Hay que revisar siempre el oído contralateral y realizaremos audiometría tonal con vía aérea y ósea.

4.- Revisión antes de los 30 días: Si el ático aparece limpio y seco realizaremos controles periódicos cada 6 meses. Si persiste la otorrea, evidenciando la existencia de colesteatoma, pólipo atical o la persistencia de otorrea supurada, limpiaremos el oído bajo microscopio, cambiaremos el tratamiento tópico, y procederemos a la realización de radiología de peñascos, previo a la indicación de timpanoplastia.

### II. O.M.C.S.C. COMPLICADA

1.- Debe ingresarse al paciente con urgencia. Además de la Historia Clínica correspondiente, incluiremos exploración neurológica de pares craneales.

2.- Limpieza con microscopio otológico de la supuración y tratamiento tópico y general.

3.- Solicitaremos urgente TAC de mastoides y cerebral, previo a la realización urgente de mastoidectomía radical.

4.- La propia evolución del paciente indicará el número y periodo de revisiones.

---

#### *Correspondencia:*

*José Víctor Tisner Nieto*

*Manuel Lasala, 40, 4º C*

*50006- Zaragoza*

*e-mail: jtisner@hipocom.es*

**OTITIS MEDIA AGUDA SUPURADA SIMPLE**





