

11. INFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Francisco Jiménez Oñate¹, Alfredo Pérez² y Miguel Moreno³.

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de ORL² y Servicio de Urgencias³

1. FARINGOAMIGDALITIS.

Más del 50% son debidas a cuadros víricos y sólo entre un 5 y un 15 % corresponde a infecciones debidas a estreptococos beta-hemolítico del Grupo A (*S. pyogenes*). La faringoamigdalitis constituye una de las entidades clínicas más frecuentes de la práctica clínica diaria, sin embargo, más del 60% reciben antibióticos con una tendencia hacia los de amplio espectro.

El tratamiento antimicrobiano debe decidirse en base a criterios clínicos y microbiológicos.

Criterios clínicos (Criterios de Centor modificados Mclsaac)	
• Fiebre mayor de 38º	1
• Ausencia de tos ó coriza	1
• Adenopatía cervical anterior dolorosa	1
• Exudado amigdalal	1
• Edad 3 y <15 años	1
• Edad entre 15 y 45 años	0
• Edad ≥ 45	-1
Criterios microbiológicos	
Técnicas de detección rápida de antígeno	
Cultivo de exudado faringoamigdalino (escasa utilidad)	

El tratamiento empírico a partir de 3 ó 4 criterios implica un sobretratamiento antibiótico. Con dos o menos criterios no deben recibir tratamiento antibiótico, ni someterse a pruebas diagnósticas.

Los que cumplen tres o cuatro criterios deberían someterse a una prueba antigénica para evitar sobretratamiento (si fuera positiva, se indicaría tratamiento antibiótico), y si no se dispone de ella, deberían ser tratados con antibióticos.

Tratamiento empírico	
De elección	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina 500 mg/8h/vo/durante 10 días• Penicilina V 500 mg/8h/vo/durante 10 días
En casos recurrentes	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-Clavulánico 500/125 mg/8h/vo,/ durante 10 días
Si dificultad para completar tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina benzatina 1.200.000 UI/im/en dosis única
Alergia a betalactámicos	<ul style="list-style-type: none">• Clindamicina 300 mg/8h/vo/durante 10 días• Azitromicina 500 mg/vo el 1º día, seguido de 250 mg cuatro días más

2. RINOSINUSITIS.

a) **La rinosinusitis aguda** es el término que sustituye al de sinusitis, ya que ambas implican un proceso inflamatorio de la mucosa nasal y senos paranasales.

El diagnóstico es clínico y vendría determinado por síntomas de una duración menor de 4 semanas, caracterizados por drenaje nasal purulento acompañado obstrucción nasal, dolor ó sensación de ocupación facial.

Las técnicas de imagen no estarían indicadas en éste escenario.

La causa más común es una infección vírica (90-98% de los casos) y sólo el 0.5-2% de los casos es bacteriana (habitualmente por *S. pneumoniae* y *H. influenzae*)

Criterios de sospecha de etiología bacteriana

	Los síntomas persisten más de 10 días sin evidencia de mejoría
	Presencia de fiebre elevada (39 °C o más), secreción nasal purulenta o dolor facial durante 3-4 días consecutivos desde el comienzo de la enfermedad
	Empeoramiento a partir de los 5-6 primeros días del inicio de los síntomas con reaparición de fiebre, cefalea o incremento de la rinorrea

Tratamiento empírico (cuando sospecha de etiología bacteriana)

TRATAMIENTO EMPÍRICO	
De elección	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-clavulánico 500/125 mg/8h/vo/5-7 días o• Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/12h/vo/5-7 días
Pacientes con infección grave, asistencia a guarderías, > de 65 años, hospitalización reciente, inmunocomprometidos ó uso de antibióticos en el mes previo	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-Clavulánico 2000/62.5 mg/12h/vo/5-7 días
Alergia a beta-lactámicos	<ul style="list-style-type: none">• Levofloxacino 500 mg/24h/vo/5-7 días ó• Moxifloxacino 400 mg/24h/vo/5-7 días

b) **La rinosinusitis subaguda** (duración entre 4 y 12 semanas) y **crónica** (mayor de 12 semanas) requieren evaluación con TAC y tratamiento más prolongado, entre 6 y 12 semanas, con el mismo esquema de antibióticos que en la aguda (aunque existe controversia sobre la eficacia en éste escenario). Se debe sospechar además una posible inmunodeficiencia e investigar presencia de gérmenes como *P. aeruginosa* ó *S. aureus*.

3. OTITIS MEDIA AGUDA

La etiología es fundamentalmente bacteriana: *S. pneumoniae* (30%), *H. influenzae* (17%), *S. pyogenes* y *Moraxella catharralis*

Es importante realizar un diagnóstico correcto para evitar la sobreutilización de antibióticos.

El inicio de los síntomas suele ser brusco, acompañándose de dolor y disminución de la audición aunque no siempre por fiebre. Estos síntomas asociados a hallazgos otoscópicos (eritema, disminución de la movilidad timpánica ó presencia de pus detrás de ésta) permiten un diagnóstico con elevado valor predictivo positivo.

Aunque en población infantil, con presencia de síntomas leves y escasa repercusión sistémica se podría plantear tratamiento sintomático cuando el seguimiento está garantizado, en adultos existe controversia ante la ausencia de estudios en este escenario.

TRATAMIENTO EMPÍRICO	
Otitis media no complicada: -síntomas leves-moderados -escasa repercusión sistémica	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina 500 mg/8h/vo/5-7 días
Otitis media aguda con: - síntomas severos - repercusión sistémica	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-Clavulánico 2000/62.5 mg/12h/vo/5-7 días
Otitis media aguda en: - Inmunosuprimidos - Diabéticos - Recurrente - Evolución tórpida	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina-Clavulánico 2000/62.5 mg/12h/vo/10-14 días
Alergia a beta-lactámicos	<ul style="list-style-type: none">• Levofloxacino 500 mg/24h/vo/5-7 días• Moxifloxacino 400 mg/24h/vo/5-7 días • Mantener de 10 a 14 días en: Inmunosuprimidos Diabéticos Recurrente Evolución tórpida

4. OTITIS EXTERNA

La etiología de la otitis externa bacteriana suele estar relacionados con humedad prolongada en el conducto auditivo externo (baños en piscinas fundamentalmente). En general son dolorosas y pueden llegar a producir casos muy dolorosos, con estenosis del CAE casi completa.

El germen más frecuentemente implicado es *Pseudomonas aeruginosa*.

TRATAMIENTO EMPÍRICO	
Cuadro leve: -Dolor y prurito de bajo grado -Escaso Edema del canal	<ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacino + fluocinolona: 4-5 gotas instiladas en conducto auditivo cada 8 horas, durante 7 días
Cuadro moderado: -Dolor y prurito de grado medio -Canal parcialmente ocluido	<ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacino + fluocinolona: 4-5 gotas instiladas en conducto auditivo cada 8 horas, durante 7 días
Cuadro grave: Dolor intenso y canal totalmente ocluido - Extensión a pabellón auricular - Inmunosuprimidos - Diabéticos mal controlados - Infección recurrente	<ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacino + fluocinolona: 4-5 gotas instiladas en conducto auditivo cada 8 horas, durante 10 días +• Ciprofloxacino 750 mg/12h/vo/10 días

En casos graves o en aquellos con riesgo potencial de desarrollar una OE maligna (diabetes), puede estar indicado el tratamiento por vía parenteral con ingreso hospitalario.