

Otitis Serosa

Otitis Serosa

La OTITIS SEROSA es un proceso catarral que afecta a la mucosa de la caja timpánica y su sistema de ventilación natural, conduciendo a alteraciones de la presión y del intercambio espontáneo de presiones entre el oído medio y la presión ambiental. Con frecuencia esta alteración acaba produciendo una acumulación de moco en la caja timpánica. Este, a su vez, induce un mayor fenómeno inflamatorio de la pared mucosa de la caja, creando un círculo vicioso que puede llegar a ser muy difícil de resolver si se prolonga en el tiempo.

En el caso de la población infantil estos procesos pueden ser secundarios a una otitis media aguda tratada de forma incompleta. Sin embargo, un proceso catarral moderado puede iniciar un estancamiento de moco en la caja timpánica, sin llegar a producir fenómenos inflamatorios agudos. Así, se establece un cuadro de pérdida auditiva en ausencia de dolor. Esto será particularmente importante en el caso de niños pequeños, que no saben llamarnos la atención sobre sus molestias, pasando desapercibido durante periodos muy largos de tiempo.



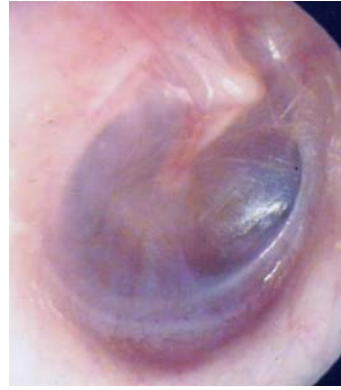
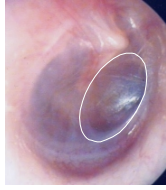
Niña de 3 años.

Sensación familiar de hipoacusia, sin antecedentes de episodios agudos ni otalgia.

Los signos exploratorios que se relacionan con las otitis serosas son la presencia de abombamiento timpánico, el color ambar amarillento de la membrana, por la presencia de moco en la caja, y la ausencia de movilidad.

Sin embargo, las alteraciones pueden ser tan mínimas que sea muy difícil distinguir una otitis serosa de un tímpano normal, por lo que deberemos guiarnos por la clínica y los antecedentes.

En muchos casos solamente la clínica y las exploraciones serán las que nos darán el diagnóstico, sobre todo a través de la impedanciometría, que nos demostrará una reducción de la movilidad timpánica y, cuando sea posible, una audiometría que mostrará una pérdida auditiva de tipo transmisivo.



Niña de 4 años.

Consulta la familia por impresión de hipoacusia.

Antecedente de otitis medias aisladas durante el primer año de vida, sin otros episodios posteriores.

El tímpano es de aspecto casi normal. Llama únicamente la atención la presencia de una retracción leve de la mitad anterior timpánica (enmarcada en la imagen pequeña). Esto nos indica un problema de ventilación persistente.



Niño de 3 años.

Otitis media aguda reciente, tratada con antibiótico.

No presenta ninguna clínica actual, salvo la sensación familiar de hipoacusia.

Se aprecia en la otoscopia restos de moco dentro de la caja timpánica y cierta hipervascularización marginal timpánica.

La detección lo más precoz posible de las otitis serosas es importante, tanto por el problema sensorial que ocasionan al paciente, y que puede pasar completamente desapercibido, como porque su persistencia a largo plazo puede acabar provocando alteraciones anatómicas irreversibles timpánicas.

Esto es así porque el trastorno de la ventilación de la caja timpánica provoca una alteración creciente de su presión, provocando presiones negativas intratimpánicas que, por una parte inducirán secreción de moco por la pared, y por otra acabarán provocando una tracción sobre la membrana que inducirá retracciones que pueden llegar a ser irreversibles.

En las otitis serosas prolongadas el tímpano adquiere un tono azulado, que le da nombre.



Niño de 11 años.

Antecedente de intervención de adenoidectomía y colocación de drenajes transtimpánicos a los 3 años de edad.

Posteriormente no volvió a presentar episodios de otalgia, sin embargo refiere sensación de taponamiento ótico durante los cuadros catarrales de vías altas.

En el momento de la exploración se encontraba bien. Se evidencia una retracción en el área de Schrapnell (la zona timpánica más delgada y la primera que habitualmente presenta retracciones) así como de la zona póstero-superior.

El tratamiento de las otitis serosas está muy condicionado por la naturaleza del proceso y por su tiempo de evolución.

Se trata de un fenómeno inflamatorio congestivo de la mucosa de la caja, junto con un mayor o menor grado de acumulación de moco.

Por otra parte, el tiempo de evolución va a determinar la capacidad de ese oído de recuperar una funcionalidad normal solamente con tratamiento médico.

La combinación de antihistamínicos orales con mucolíticos puede ser una buena combinación para un tratamiento inicial. Este debería mantenerse un periodo de tiempo razonable, controlando su evolución. Si esta es positiva, el tratamiento puede tener que mantenerse durante periodos de tiempo prolongados.

En casos concretos pueden plantearse tratamientos breves con derivados corticoideos.

Niña de 5 años.

Antecedente de colocación de drenajes transtimpánicos, mantenidos durante 14 meses.

Después de un año, acude por cuadro de otitis catarral con ocupación completa de caja por moco.

Después de 7 días de tratamiento ya presenta mejoría, con la presencia de burbujas de aire en caja.

Observamos un signo de un proceso prolongado de alteración de ventilación de caja: retracción de membrana de Schrapnell.



En casos muy prolongados el tratamiento médico no va a ser suficiente.

Si después de un periodo de tratamiento médico no obtenemos ninguna respuesta, será preciso plantear una solución quirúrgica.

Esta debe tener presente tanto la resolución del problema local de la caja timpánica como la resolución de su causa. Esta deberá investigarse siempre, puesto que si no se soluciona nos aseguramos las posteriores recidivas.

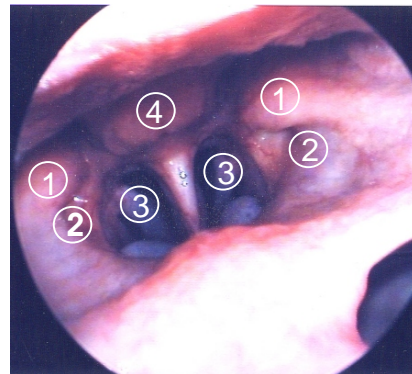
En niños la causa habitual de la disfunción tubárica es una hipertrofia adenoidea, responsable habitual del bloqueo del orificio tubárico a nivel de rinofaringe.

Endoscopia cavum.

Niña de 12 años.

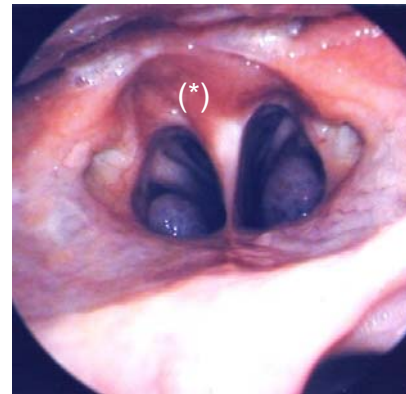
Puede observarse:

- 1.- Rodetes tubáricos
- 2.- Orificio de la Trompa de Eustaquio
- 3.- Coanas
- 4.- Restos adenoideos posteriores.



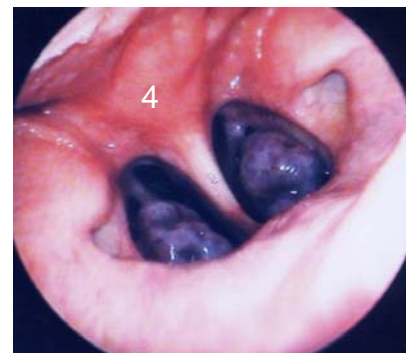
Endoscopia cavum. Niña de 15 años, intervenida de adenoidec-tomía a los 4 años.

Vemos imagen cicatrizal, sin restos adenoideos ()*



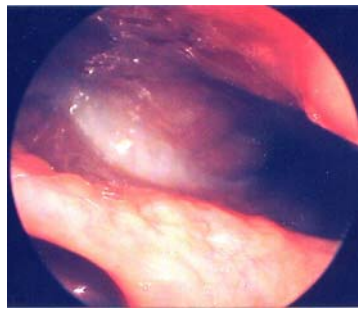
Endoscopia cavum. Mujer adulta.

Se observan unos restos atróficos adenoideos en el techo del cavum (4).





Niña 12 años, sin antecedentes.



Niño de 6 años. Otitis medias de repetición, sobre otitis serosa persistente

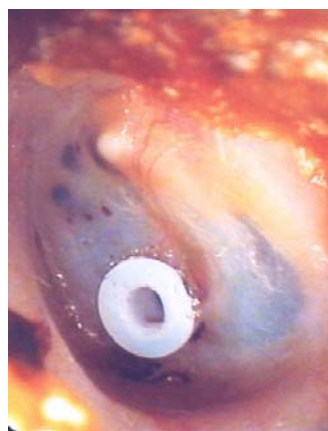
Como ya hemos comentado, la causa habitual de problemas persistentes de oído medio en la infancia es la presencia de una hipertrofia de la amígdala faríngea, que provoca una oclusión más o menos completa del orificio tubárico, impidiendo la entrada de aire y la salida de moco de la caja timpánica.

En aquellos casos en los que podamos demostrar la causa de la alteración funcional del oído medio, está deberá ser estrictamente controlada y, de ser necesario resuelta.

Sin embargo, debemos recordar que una caja timpánica que haya sufrido una alteración prolongada probablemente no va a recuperarse espontáneamente sin ayuda, aunque resolvamos la causa.

Para ello, siempre que debe indicarse un tratamiento quirúrgico, es aconsejable revisar ambos oídos y, en caso de demostrarse la presencia de moco consistente en la caja, colocar una ayuda para la ventilación de esos oídos. Esto permitirá garantizar una correcta aireación de la caja timpánica, que progresivamente irá desinflamándose y recuperando su vía de ventilación natural.

Esa ayuda para la ventilación nos la aportan los drenajes transtimpánicos.



La colocación de drenajes transtimpánicos está indicada en cualquier otitis serosa que no responda a tratamiento médico.

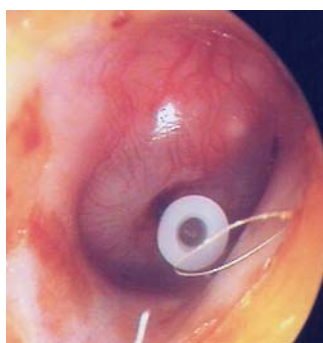
El drenaje transtimpánico va a servir tanto de apertura de ventilación para la caja timpánica, como para permitir la salida de secreción que puede seguir formándose en exceso durante un periodo de tiempo, permitiendo así la normalización progresiva.

Debe recordarse que la colocación de los drenajes no permite dejar de lado la necesidad ocasional de tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico ventila la caja y permite limpiar el moco que se encuentre en ese momento, pero no elimina de forma inmediata el proceso inflamatorio que la caja timpánica ha estado padeciendo, por lo que ésta puede presentar durante un tiempo descompensaciones coincidentes con procesos congestivos de vías altas, que pueden precisar periodos de tratamiento médico.



Niña de 3 años.

Otitis media catarral supurada durante cuadro catarral de vías altas 1 mes después de la intervención.

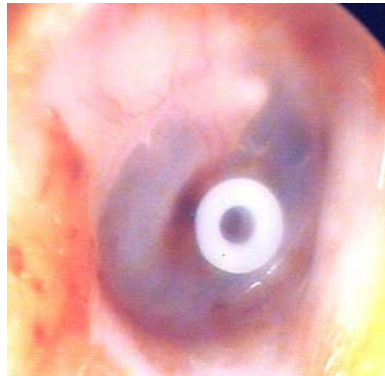


Niño de 2 años.

Otitis media 4 meses después de la colocación del drenaje.

Una exploración cuidadosa demuestra la presencia de un tapón de moco dentro del orificio del drenaje, inutilizándolo.

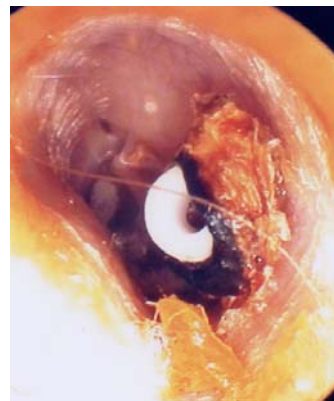
En este caso se puede recurrir a la instilación de gotas tópicas para conseguir la disolución del tapón, liberando el drenaje. En caso de no conseguirse, deberá recurrirse a su limpieza en quirófano o a la colocación de un nuevo drenaje.



Los drenajes más frecuentes son los de tipo *diábolo*.

Pueden ser de distintos materiales y colores.

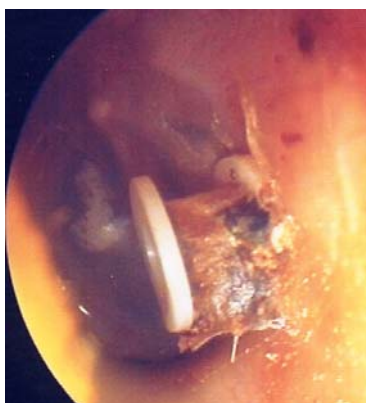
Se procura colocarlos en el cuadrante ántero-inferior, donde no existen estructuras que puedan lesionarse, y desde donde el crecimiento fisiológico del epitelio timpánico tardará más en expulsarlo.



Los drenajes transtimpánicos serán expulsados espontáneamente por el crecimiento de la membrana timpánica, y caerán por sí solos aunque no sean extraídos. Es frecuente que se acompañen de restos de cerumen.

La única precaución que supone la presencia de los drenajes es la de evitar la entrada de agua en los oídos.

Generalmente no van a ocasionar ninguna molestia, salvo en el momento de su expulsión, en que pueden ocasionar las mismas molestias que un cuerpo extraño en contacto con la membrana timpánica.



*Niña de 7 años portadora de drenaje.
Consulta su familia por clínica de otalgia. El drenaje se encuentra en CAE y no
hay signos inflamatorios timpánicos.*



Al extraer el drenaje se observa que su margen se apoyaba en la membrana.

Existen otros tipos de drenajes.

Casos muy rebeldes pueden requerir drenajes en más de una ocasión para llegar a dar tiempo a la normalización timpánica.

Los drenajes en T se reservan para estos casos de larga duración. Teóricamente se mantienen en posición hasta que decidamos extraerlos, pero tampoco es excepcional su expulsión espontánea o por un proceso de otorrea.

