

# Tratamiento de las infecciones ORL

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce  
C.S. Juan de la Cierva. Getafe (Madrid)

# Catarro de vías altas

- Las características del moco pueden ir cambiando a lo largo de su evolución, por lo que la rinorrea mucopurulenta forma parte de su historia natural y no es por sí sola una indicación de tratamiento antibiótico
- El uso de antibióticos no previene la sobreinfección bacteriana y puede seleccionar cepas resistentes

# FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

# ¿Cuándo tratar con antibiótico la faringoamigdalitis aguda? (I)

- Etiología vírica en el 85 % de los casos.
- La edad menor de 3 años, síntomas catarrales, digestivos o exantema orientan a viriasis.
- También la presencia de lesiones vesiculosas (virus coxackie) o exudados amigdalares con adenopatías llamativas y hepatoesplenomegalia (s. mononucleósico)

# ¿Cuándo tratar con antibiótico la faringoamigdalitis aguda?

(II)

- Sugestivos de faringoamigdalitis estreptocócica son: inicio brusco, fiebre elevada, adenopatías cervicales, exudados amigdalares, petequias palatinas, rash escarlatiniforme o ambiente epidemiológico positivo
- El único agente bacteriano relevante es el estreptococo beta –hemolítico del grupo A

# ¿Para qué se trata?

- Objetivos del tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica:
  - Prevención de fiebre reumática (eficaz si el tratamiento se inicia en los primeros 9 días)
  - Reducción de complicaciones
  - Mejoría de los síntomas
  - Limitación del contagio (24h del tto)

# ¿Cómo se trata? (I)

- Tratamiento de elección: penicilina
  - Oral (Penicilina V) (“Penilevel” sob 250 mg, “Benoral” sol. 8 cc= 250 mg)
    - < 12 años: 250mg/12h 10 días
    - > 12 años: 500 mg/12h 10 días
  - Intramuscular (Penicilina G benzatina) dosis única si no tolerancia oral o mal cumplimiento
    - Peso < 27 kg: 600.000 U
    - Peso > 27 kg: 1.200.000 U

## ¿Cómo se trata? (II)

- Alternativa aceptable: amoxicilina
  - Mejor sabor pero espectro más amplio
  - Ensayos dosis única o pautas cortas
- Tratamientos no recomendables
  - Cefalosporinas: tasas de erradicación algo mayores pero espectro demasiado amplio
  - Nuevos macrólidos: tasa de resistencia 20 %
  - TMP/SMX

# ¿Qué pasa si no responde al tratamiento?

- La ausencia de respuesta a penicilina en 48h hace muy improbable la etiología bacteriana
- Si cultivo (+) las causas más probables son mal cumplimiento o viriasis intercurrente
- Otras posibilidades: complicac. supurativas o fallo del Ab por  $\beta$ -lactamasas por flora orofaríngea. Valorar en ese caso tto. con cefuroxima-axetil o amoxic/clavulánico

# OTITIS MEDIA AGUDA

# Otitis: el problema del diagnóstico

- Criterios diagnósticos de OMA
  - Inicio brusco de síntomas (otalgia o equivalente)
  - Presencia de exudado en oído medio (abombamiento, otorrea, niveles, reducción de la movilidad)
  - Signos de inflamación timpánica (eritema, opacificación)
- Sobrediagnóstico estimado del 40 %

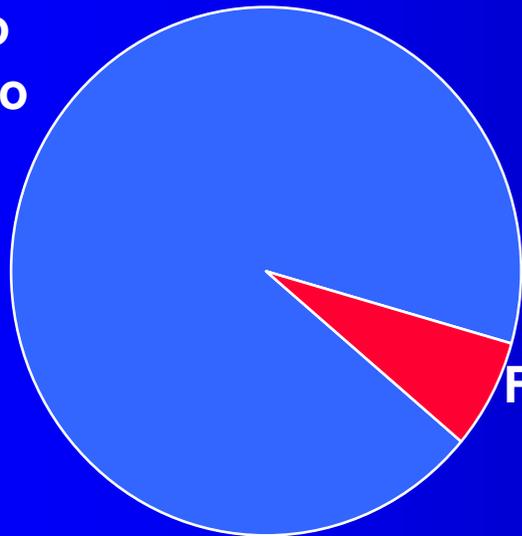
# ¿La otitis se cura sola?

Etiología: 35-40 % no bacteria, 35 % Neumococo, 25 % H influenz, 4 % Estrepto A, 1% Moraxella.

- Erradicación bacteriológica espontánea: 20%  
Neumococo, 50% H infl, 75% Moraxella
- Curación clínica espontánea global: 80 % a los 7d.  
Con antibiótico se incrementa en un 14 % (1/7)
- Impacto tratamiento sobre síntomas: reducción media dolor y fiebre 1 día en 5-15 % y a partir de las 24 h. Mayor si síntomas severos ó < 2 años

## Erradicación bacteriológica

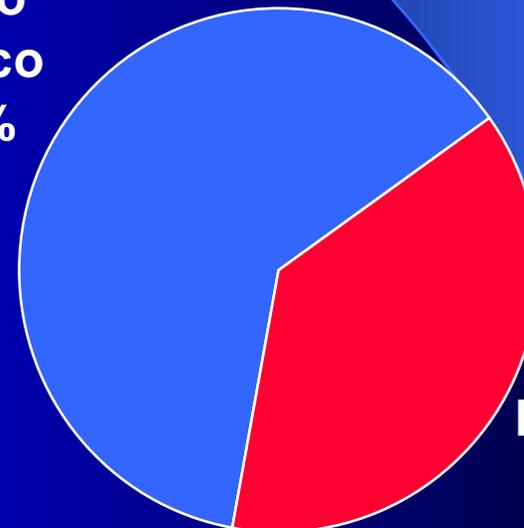
Éxito clínico  
93%



N=253

## No erradicación bacteriológica

Éxito clínico  
62%

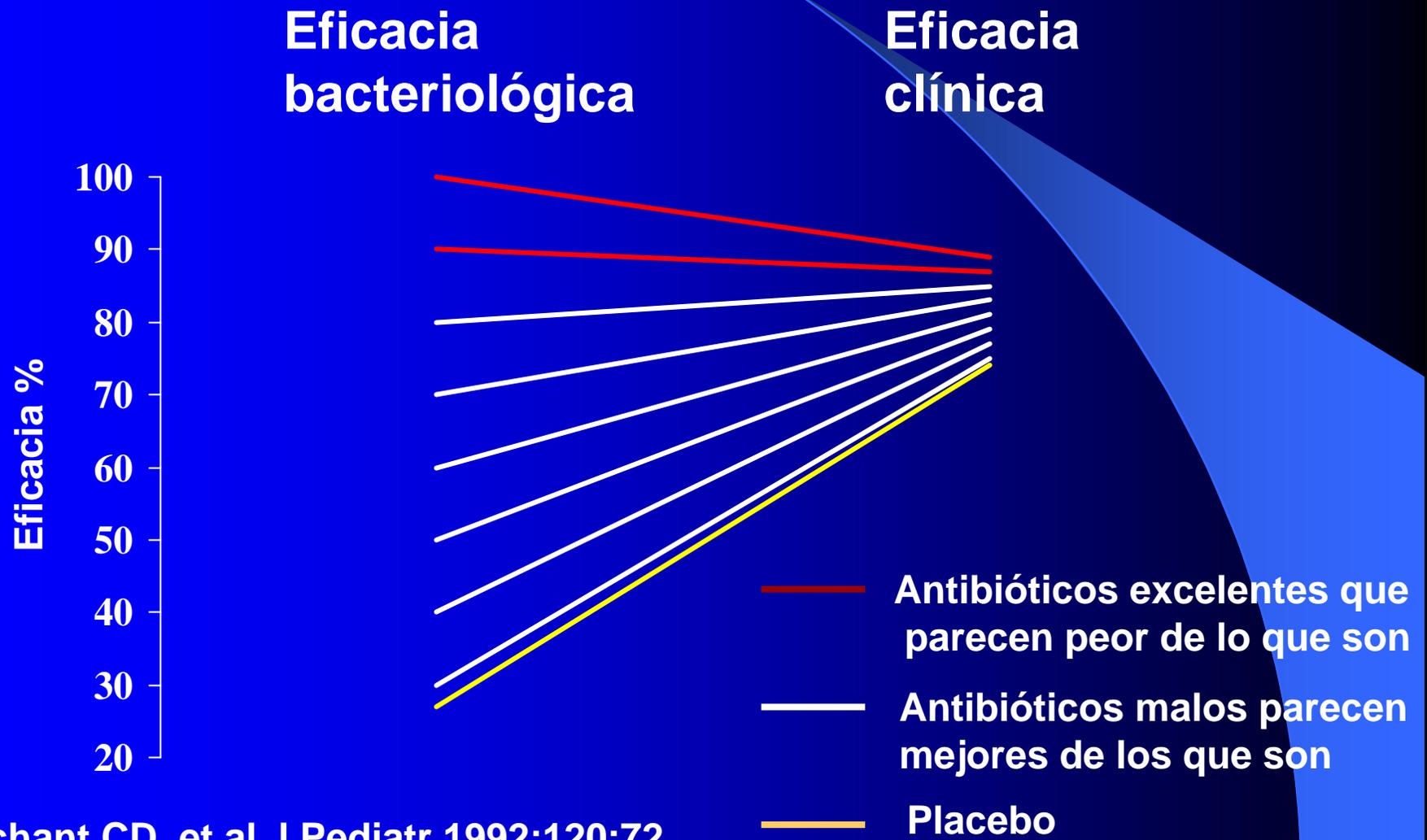


Fracaso clínico  
38%

N=40

P = 0.001

Carlin et al. *Pediatr* 1991; 118:178



Marchant CD, et al J Pediatr 1992;120:72

# El problema de las resistencias

- Mecanismos de resistencia:
  - Alt. PBP: 40% neumococos (alto grado 16%)
  - Prod. beta-lactamasas: 30% hemoph, 95% moraxella
- Factores riesgo neumococo resistente: edad < 2 a, asistencia a guardería, antibiótico 1-3 meses previos, OMA recurrente
- Beta-lactámicos: Amoxicilina a 80 m/kg cubre 2/3 RI y 1/3 RA y el 80 % de las bacterias potenciales
- Macrólidos: resistencia 30-50 % de neumococos

# OMA: ¿Tratar o no tratar (y cómo) ?

- Niño > 2 años y síntomas no graves: actitud expectante y antibiótico si no mejoría en 72 h (se evitarían el 70% de los tratamientos)
- Resto: cubrir neumococo con amoxicilina a 80 mg/kg si factores de riesgo ó a 50 mg/kg si no.
  - Duración: 10 días si edad < 2 años, recurrencia o supuración y 5-7 días en el resto.
  - Valorar añadir clavulánico en lactantes pequeños o afectación importante

# SINUSITIS AGUDA

# Todos los catarros implican algún grado de sinusitis (viral)

- Patogenia de la sinusitis bacteriana: 80% por sobreinfección de un CVA (se complican con ella el 5-10 %) y 20 % tras sinusitis alérgica.
- Etiología: similar a la de la OMA
- Diagnóstico certeza de sinusitis bacteriana: cultivo > 10.000 col/ml en aspirado sinusal
- Bacteriología (+) en el 75% de los casos con clínica y Rx positivas.

# No debe hacerse Rx para diagnosticar sinusitis

Correlación clínico/Rx del 80% (88% en <6a, 70 % en mayores)

Pueden encontrarse signos Rx de sinusitis en CVA no complicado, tras su resolución o en condiciones normales

- Falta de correlación Rx senos / TAC
- Controversia en > 6 años o síntomas severos
- Indicaciones y signos radiológicos

# Detrás de un catarro prolongado o severo puede haber una sinusitis bacteriana

- Formas clínicas de sinusitis bacteriana:
  1. Catarro que no empieza a mejorar en 2 semanas (rinorrea sin importar aspecto y/o tos diurna)
  2.  $T^a > 39^\circ$  más rinorrea purulenta durante más de 3 días
- Diagnóstico diferencial: CVA recurrentes, asma, rinitis alérgica, hipertrofia adenoidea

# ¿Cómo tratar la sinusitis bacteriana?

- Evolución natural 60% curación a los 10 d vs 80% con antibiótico.
- Valorar según severidad (precisa 6 ttos para 1 respuesta si dto. por rinorrea persistente)
- Elección antibiótico como OMA. Duración?
- Eficacia de otros tratamientos: mucolíticos, aerosoles, antihistamínicos, descongestivos, corticoides tópicos: ninguno demostrada