

ORIGINAL ARTICLES

Otitis media serosa y alergia en nuestra área sanitaria

M. Prados Castaño^a, F. Sánchez González^b, A. Paulino Herrera^a,
R. Aragón López^a y M. Martínez Sempere^b

^aUnidad de Alergología del Hospital de Mérida. España,

^bServicio de Otorrinolaringología del Hospital de Mérida. España.

RESUMEN

Hemos estudiado la incidencia de enfermedades alérgicas en los pacientes con otitis media con derrame (OME).

Material y métodos: Los 40 pacientes diagnosticados de otitis media con derrame durante el año 2001 en el Servicio de ORL fueron remitidos a la Unidad de Alergología para su valoración. Esta se realizó mediante anamnesis, *prick test* e IgE específica para los alérgenos de nuestra zona.

Resultados: En el 72 % de los pacientes el estudio alérgico fue negativo. Un paciente tenía rinitis perenne con sensibilización a ácaros y otro rinitis estacional con sensibilidad a polen de gramíneas. Cinco con IgE total alta. En dos pacientes el *prick test* e IgE específica fueron positivos a polen de gramíneas pero están asintomáticos y otros dos también con anamnesis negativa y exclusivamente IgE específica positiva a polen de gramíneas y olivo, respectivamente.

Conclusión: La enfermedad alérgica no es causa de OME excepto en algunos enfermos con rinitis alérgica.

Palabras clave: Otitis media con derrame. Alergia.

INTRODUCCIÓN

La otitis media con derrame o serosa (OME) se define por la existencia en las cavidades del oído medio, detrás de una membrana timpánica normal, de un derrame sin síntomas de inflamación aguda, cuyas características pueden ir del derrame de viscosi-

dad ligera y de transparencia clara al derrame de viscosidad espesa y de aspecto turbio, lo cual conduce a hablar de otitis serosa o seromucosa (1).

La OME es una afección frecuente en la infancia, todas las series sitúan el pico de frecuencia entre los 2 y 5 años con una edad media de 4 años. La bilateralidad es la regla general en el niño (1). Existe un pico de frecuencia entre 1 y 2 años, a continuación disminuye la frecuencia progresivamente hasta la edad de 6 a 7 años, para alcanzar a la de la población adulta, aproximadamente el 2 % (1, 2).

El sexo masculino, la asistencia a guarderías, la lactancia artificial, el hábito tabáquico de la madre y los antecedentes familiares se han señalado como factores de riesgo para padecer OME (1, 3). Otras poblaciones con mayor incidencia de OME son los niños con fisura palatina o malformaciones craneofaciales, prematuros, síndrome de Down, síndromes de disfunción ciliar, inmunodeficiencias como el déficit parcial de IgA y agammaglobulinemia (1, 3, 4). Una infección viral del tracto respiratorio superior precede a los episodios agudos de OME en un gran porcentaje de casos y es el factor de riesgo mejor definido (1, 5).

La patogenia de la OME es multifactorial. Las infecciones, disfunción de la trompa de Eustaquio, estado inmunológico y alergia se han relacionado con esta enfermedad; bien como causa o agravante de la misma. Los dos factores más importantes son la madurez de la trompa de Eustaquio y del sistema inmune de los niños. En la mayoría de los casos la infección viral del tracto respiratorio provoca congestión de la mucosa respiratoria y de la trompa de Eustaquio con obstrucción del istmo de dicha trompa que determina una presión negativa en el oído que hace succionar la mucosa de las paredes de la caja

timpánica, apareciendo un trasudado al cual se le une un aumento de la secreción de las células caliciformes y de las glándulas seromucosas. Ambos mecanismos ocasionan un derrame en el oído medio. Si el trasudado no se resuelve pueden aparecer dos complicaciones: otitis media adhesiva y colesteatoma adquirido primario (4-6).

La incidencia y el papel de los procesos alérgicos en la OME ha sido estudiado en algunos artículos por diversos autores con resultados controvertidos (7, 9-11). Por ello en este trabajo el Servicio de ORL de nuestro hospital ha remitido a los pacientes diagnosticados de OME a la Unidad de Alergología para ser evaluados sobre la participación de la alergia en estos enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

De los paciente que acudieron a las consultas del Servicio de ORL durante el año 2001 se han seleccionado 40 (13 mujeres y 27 hombres) de 4 a 36 años de edad con una media de 8 años y a los que se le diagnosticó mediante anamnesis, otoscopia, timpanometría y audiometría de otitis serosa con derrame. Luego fueron remitidos a la Unidad de Alergología para su valoración. Esta se hizo mediante anamnesis, exploración física y la práctica de tests cutáneos e IgE específica.

A todos los pacientes se les practicó hemograma, VSG, inmunoglobulinas séricas e IgE total.

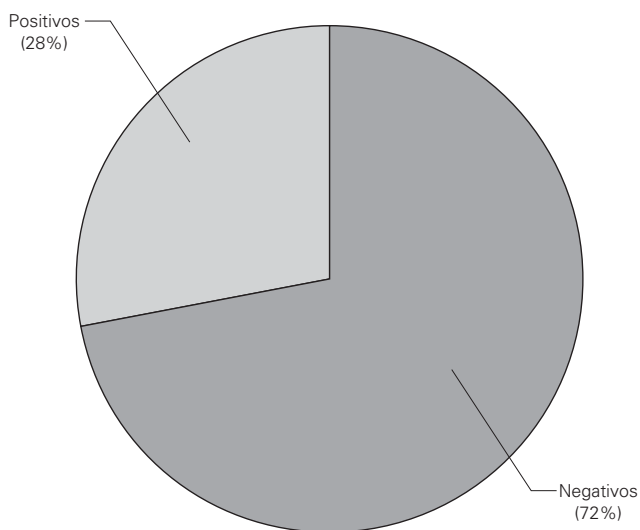


Figura 1.—Resultado del estudio alérgico en los pacientes con otitis media con derrame.

Tests cutáneos

Fueron realizados mediante la técnica de *prick test* según normas establecidas (12, 13) y con una batería de neuoalergenos que comprende: ácaros, gramíneas, olivo, parietaria judaica, artemisia, rumex, plan-tago, chaenopodium, salsola, alternaria, cladosporium y epitelios de perro y gato.

IgE total e IgE específica

Se midió la IgE sérica total. Para la IgE específica se utilizó un inmunoanálisis de Pharmacia CAP siguiendo las instrucciones de los fabricantes (Pharmacia Lab., Uppsala Suecia) y se les practicó a todos los pacientes para los antígenos siguientes: Pteronyssinus, Farinae, olivo, artemisia, alternaria, perro y gato.

RESULTADOS

Como se observa en la figura 1, del total de los enfermos con otitis serosa 29 no presentan alteración alguna en los parámetros alérgicos estudiados.

Los 11 restantes se desglosan como sigue:

1. Uno padece rinitis perenne con test cutáneos e IgE específica positiva a ácaros. La otitis serosa precede a la rinitis.
2. Tres pacientes tienen IgE total elevada, test cutáneos e IgE específica positivos a polen de gramíneas. Uno de ellos con rinitis alérgica estacional posterior a la aparición de la otitis serosa. Los otros dos con anamnesis negativa.
3. Cinco pacientes con IgE total elevada sin otros hallazgos.
4. Uno con IgE específica al polen de olivo y otro al de gramíneas, ambos con anamnesis negativa.

El hemograma, VSG y las inmunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) estaban dentro de los valores normales en todos los estudiados.

DISCUSIÓN

El predominio en hombres y la edad de nuestros pacientes coinciden con los publicados por otros autores (4,5) al igual que la normalidad en el hemograma y en las inmunoglobulinas IgA, IgG e IgM.

Hallamos que la mayoría de los enfermos estudiados no tienen síntomas sugestivos de enfermedad alérgica ni alteraciones en el estudio alérgico.

Tampoco presentaban síntomas alérgicos los 5 individuos con IgE alta y los dos con IgE específica al polen de olivo y gramíneas respectivamente por lo que consideramos que son falsos positivos o sensibilizaciones subclínicas en especial para los dos últimos enfermos (13). Representan el 10 % de la población y entra dentro del porcentaje de positividad que se encuentra en población sana (13). Esto mismo se puede afirmar para los pacientes con IgE específica positiva, IgE total alta y test cutáneos positivos a pólenes (14). La correlación entre la clínica y los distintos tests empleados, es a nuestro juicio determinante para explicar los distintos resultados encontrados en la literatura que sobrevaloran la sensibilización a alérgenos como en el caso de Alles y cols. (15) y otros que refiere como causa de OME la sensibilización a alimentos (16), argumento difícil de sostener actualmente.

Sólo dos enfermos tienen rinitis alérgica. Uno con clínica estacional y otro perenne. En ambos la OME precede a la rinitis alérgica. Por tanto la exacerbación de la rinitis podría agudizar la OME en nuestros pacientes al contrario de lo que afirman otros autores (17, 18) que no establecen el comienzo de cada una de ellas y consideran la OME como complicación de la rinitis alérgica, aunque ambos hechos pueden suceder y no son excluyentes.

Aunque nuestro grupo de pacientes es menor que el de la mayoría de otros autores, coincidimos con Pukander et al (8) en que la OME no es causada por una enfermedad alérgica. Además de nuestros resultados, cabe destacar que en la literatura revisada siempre se asocia OME a rinitis alérgica y no a enfermos con asma o rinitis y asma. También es de señalar que la edad de aparición de los procesos alérgicos se va incrementando desde el nacimiento hasta llegar a su cenit entre los 15 y 22 años en nuestra zona (19) y los enfermos con OME son niños decreciendo con la edad la incidencia de esta enfermedad (1, 4). Pensamos al igual que Caffarelli et al (20) que la aparición de una rinitis alérgica puede complicar una OME preexistente o que una rinitis alérgica, en algunas ocasiones, pueda complicarse con la aparición de OME por disfunción de la trompa de Eustaquio (21, 22), pero en general y con nuestros resultados no parece que la alergia sea causa o predisposición a padecer OME, salvo en el caso de la rinitis alérgica.

Serous otitis media and allergy in our health district

SUMMARY

We studied the role of allergic diseases in patients with otitis media with effusion (OME).

Material and methods. The 40 patients diagnosed with OME in the Otorhinolaryngology Service in 2001 were referred to the Allergy Unit for evaluation. The patients were assessed through anamnesis, prick test and specific IgE determination for the allergens in our area.

Results. In 72 % of the patients allergologic study was negative. One patient had perennial rhinitis with sensitization to house dust mites and another had seasonal rhinitis with sensitization to *Gramineae* pollen. Five patients showed high total IgE. Two patients had positive skin prick test and specific IgE to *Gramineae* pollen but were asymptomatic and a further two patients had negative anamnesis and specific IgE to *Gramineae* and olive pollen, respectively.

Correspondencia:

Dr. M. Prados Castaño
Unidad de Alergología, Hospital de Mérida
Polígono Nueva Ciudad, s/n
06800 Mérida. España
Tel.: 924 381 000 Ext. 81157
E-mail: mpradosc@meditex.es

Conclusion: Allergic disease does not cause OME except in some patients with allergic rhinitis.

Key words: Otitis media with effusion. Allergy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Triglia JM, Giovanni A, Gillot JC, Castro F. Otitis séromuqueuses. Encycl Méd Chir. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris. Oto-rhino-laryngologie 1994;1-10.
2. Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis. Am J Otol 1984;5:459-62.
3. Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis 1996;22:1079-83.
4. Sierra C, Cobeta I. Infecciones de las vías altas respiratorias. Medicine 2001;8:2927-39.
5. Teel DW, Klein JO, Rosner BA. Middle ear disease during the first five years of life. JAMA 1983;249:1026-9.
6. Rivera T, Olarieta J. El paciente con hipoacusia. Medicine 2001;8:2947-54.
7. Bernstein JM. Recent advances of immunologic reactivity in otitis media with effusion. J Allergy Clin Immunol 1988;81:1004-9.
8. Pukander JS, Karma PH. Persistence of middle ear effusion and its risk factors after an acute attacks of otitis media with

- effusion. En: Lim D, Bluestone C, Klein J, et al, editors. *Recent advances in otitis media*. Toronto: Decker, 1988: p. 8-11.
9. Corey JP, Adham RE, Abbass AH, Seligman I. The role of IgE-mediated hypersensitivity in otitis media with effusion. *Am J Otol* 1994;15:138-44.
10. Jung TK, Hanson JB. Clasificación de la otitis media y principios quirúrgicos. En: *Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999: p. 329-344.
11. Derebery MJ, Berliner KI. Alergia y el otólogo. Conducto auditivo externo a oído medio. En: *Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998: p. 147.
12. Dreborg S, Frew A. Position Paper. Allergen standarization and skin tests. *Allergy* 1993;48 (Suppl): 48.
13. Sastre A, Morales C, Peláez A. Métodos diagnósticos (I). Pruebas cutáneas. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica de la SEAIC*. Tomo II. Madrid: Luzán, 1995; p. 297-331.
14. Morales C, Sastre A, Peláez A. Métodos diagnósticos (II). Pruebas *in vitro*. En: *Tratado de Alergología e Inmunología Clínica de la SEAIC*. Tomo II. Madrid: Luzán, 1995;333-58.
15. Alles R, Parikh A, Hawk L, Darby Y, Romero JN, Scadding G. The prevalence of atopic disorders in children with chronic otitis media with effusion. *Pediatr Allergy Immunol* 2001; 12:102-6.
16. Derebery MJ, Berliner KI. Allergic Eustachian tube dysfunction: diagnosis and treatment. *Am J Otol* 1997;18:160-5.
17. Urval KR. Overview of diagnosis and management of allergic rhinitis. *Prim Care* 1998;25:649-62.
18. Skoner DP. Complications of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:605-9.
19. Prados M, Toledo F, Carranco MI, Luengo A, Becerra A. Estudio alergológico del área de salud de Mérida. *Rev Esp Alergol Immunol Clin* 1990;5:166.
20. Caffarelli C, Savini E, Giordano S, Gianlupi G, Cavagni G. Atopy in children with otitis media with effusion. *Clin Exp Allergy* 1998;28:591-6.
21. Fireman P. Otitis media and eustachian tube dysfunction: connection to allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: S787-97.
22. Fireman P. Otitis media and its relation to allergic rhinitis. *Allergy and Asthma Proc* 1997;18:135-43.