

# Tratamiento de las otitis supurativas

**Sr. Director:** Las otitis supurativas constituyen una patología frecuentemente atendida en Atención Primaria y ocasional motivo de derivación a la consulta de Otorrinolaringología (ORL). Con frecuencia el origen lo constituyen las otitis externas difusas, habituales en época estival, en las que la etiología bacteriana está presente en un 72,5% de los casos y la fúngica en el 7%<sup>1</sup>, siendo mixta la etiología en otro 10,5% ; *Pseudomona aeruginosa* es el germen más frecuente en nuestro medio, según el estudio retrospectivo realizado por Bernat et al<sup>2,3</sup>.

Sin embargo, en ocasiones, algunas otitis supurativas son debidas a otitis medias exudativas<sup>4</sup> que, al provocar una perforación timpánica drenan al exterior. Estos procesos surgen generalmente como complicación de catarros comunes o gripe y aparecen con mayor frecuencia en la población infantil y en época invernal, según describe Watson<sup>5</sup>; la etiología de estas otitis medias exudativas es variable, siendo el germen más frecuente en este caso *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Haemophilus influenzae*<sup>6,7</sup>. En ocasiones es difícil la diferenciación entre una otitis externa difusa y una media supurativa, en la que la perforación es el signo diferencial.

Aunque el tratamiento habitualmente recomendado para las otitis medias está basado en la utilización de betalactámicos por vía oral, los tratamientos tópicos tienen una clara recomendación en las otitis externas<sup>1</sup> y pueden resolver favorablemente la mayor parte de estos procesos.

Presentamos a continuación la casuística atendida en una consulta de ORL ambulatoria entre abril de 1998 y septiembre de 2001.

Estudiamos 164 pacientes de ambos sexos, derivados desde las consultas de Atención Primaria, con una edad media de 45 años. En todos se obtuvo muestra para cultivo por clínica compatible con otitis supurativa no micótica. Se trató de modo empírico no aleatorio a 103 pacientes (70%) con ciprofloxacino tópico cada 12 horas durante 10 días y a 61 pacientes con gentamicina y corticoide cada 8 horas durante 10 días.

Un 9,15% de los casos (15 cultivos) resultaron estériles y en 53 (32%) creció flora saprofita. Se obtuvo un cultivo positivo para gérmenes patógenos en 96 casos (58,5%), siendo positivos para hongos en casi la tercera parte de éstos. Los agentes bacterianos más frecuentes fueron *Pseudomonas* (32,8% de los cultivos positivos) *Staphylococcus aureus* (18,75%) y *Streptococcus* (6% de los casos).

El estudio de antibiogramas *in vitro* demostraba sensibilidad a gentamicina en el 94% de los casos y a ofloxacino en el 92,5%. Sin embargo, se obtuvo una evolución clínica favorable en el 72,6% de los casos tratados con gentamicina y en el 92,3% de los casos tratados con ciprofloxacino. La evolución menos favorable correspondía mayoritariamente a los casos en los que el germen causante era un hongo y no una bacteria, como se presumió a partir de la imagen otoscópica.

Es de destacar la elevada proporción en nuestra población estudiada de hongos en otitis supurativas y, en cambio, la escasa presencia de *Streptococcus*, a diferencia de otras series consultadas<sup>8</sup>. Ello puede ser debido a que nuestro ámbito de actuación es una consulta especializada de ORL. También es reseñable la clara diferencia en la evolución favorable en el caso de los pacientes tratados con ciprofloxacino frente a los tratados con gentamicina, si bien el tratamiento no fue asignado de modo aleatorio.

Dada la mejor evolución de nuestros pacientes en el caso del tratamiento a base de ciprofloxacino tópico, pensamos que dicha opción puede ser una alternativa a valorar; la indicación podría ser preferentemente en aquellos casos en los que es difícil precisar la localización media o externa, sin factores de riesgo ni síntomas generales que indiquen claramente un tratamiento sistémico o en los que se sospechen posibles problemas derivados de la administración por otras vías.

M.E. MAZA GARZÓN<sup>a</sup>, A. RAHY MARTÍN<sup>a</sup>

Y F. ÁLVAREZ DE LOS HEROS<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Residente segundo año Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup>Médico Adjunto. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario. Guadalajara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Llor C, Mayer MA, et al. Recomendaciones en el uso de antimicrobianos en Atención Primaria. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 1999;18-22.
2. Bernat A, De Miguel G, Ayerbe T, Morais P, Carranza. Otitis externas agudas: estudio retrospectivo de 170 casos. Acta Otorrinolaring Esp 1992;43:188-94.
3. Sabater F, Maristany M, Mensa J, Villar E, Traserra J. Estudio prospectivo doble ciego randomizado de la eficacia y tolerancia de ciprofloxacino tópico versus gentamicina tópica en el tratamiento de la otitis media crónica supurada y de la otitis externa difusa. Acta Otorrinolaring Esp 1996;47:217-22.
4. Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina J, Ortega del Álamo P, et al. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Tomo II. Capítulos 80-84. Ed. Proyectos Médicos, 1999.
5. Watson TJ. Long term follow-up of chronic exudative otitis media (glue ears). Proc Roy Soc Med 1969;62:455-63.
6. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. Pediatr Infect Dis J 1992;11:7-11.
7. Papastavros T, Giamarellou H, Verleijdes S. Role of aerobics and anaerobic microorganisms in chronic suppurative otitis media. Laryngoscope 1986;98:438-42.
8. Guía uso antimicrobianos en Atención Primaria. SEMFYC, 1999.

## Lo bueno de lo malo: síndrome de Munchausen

Un desafío en la práctica médica de Atención Primaria

**Sr. Director:** El término de síndrome de Munchausen fue acuñado por Richard Asher en 1951<sup>1</sup>, para describir aquellos pacientes que intencionadamente simulan enfermedades y fabrican falsas evidencias con el objetivo de que les