

---

ASOCIACION DE HIPERTROFIA ADENOIDEA Y OTITIS MEDIA SEROSA.  
CENTRO DE ESPECIALISTAS CES - SABANETA  
SEPTIEMBRE 1987 - MARZO 1989

\* A. Santamaría V., L.G. Vásquez V., J.F. Vélez V. \*

PALABRAS CLAVES: *Hipertrofia adenoidea - Otitis media serosa*

---

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en una población de 57 pacientes entre los dos y ocho años con el fin de establecer la asociación existente entre Hipertrofia de Adenoides (H.A.) y Otitis Media Serosa (O.M.S.).

Se encontró que 30 niños presentan las dos patologías, 20 niños H.A. y 7 niños O.M.S.

Del total de niños con O.M.S., el 81% tenía además H.A. Se demostró asociación estadística entre las dos patologías, la cual, probablemente debido al tamaño de la muestra, fue levemente significativa ( $p < 0.05$ ).

Se encontraron niños con O.M.S. sin síntomas otológicos.

Como exámenes paraclínicos de importancia en estas dos entidades están los Rx. de CAVUM y la Impedanciometría, siendo ellos complemento de una buena historia clínica.

Se concluye que hay asociación estadísticamente significativa entre H.A. y O.M.S.

SUMMARY

A descriptive study was made in a 57 patient population between the 2 and 8 years of age, so that the existing association between adenoid hypertrophy and serous otitis media could be established.

30 children were found to present both pathologies, 20 children adenoid hypertrophy and 7 children serous otitis media.

From the total children with serous otitis media 81% of them had also adenoid hypertrophy. The association between both pathologies was demonstrated and was slightly significant ( $p < 0.05$ ) because of the size of the sample taken.

Some children with serous otitis media were found with no otologic symptoms.

The test of importance of these two pathologies are the xray Cavum (radiologic evaluation of the pharyngeal tonsil) and the impedanciometry, being both of them a complement of the clinical history.

As a conclusion, there is an association statistically significant between adenoid hypertrophy and serous otitis media.

Key words: Adenoid hypertrophy, serous Otitis media.

---

\* Adriana Santamaría Vélez  
Luis Guillermo Vásquez Vélez  
José Fernando Vélez Villegas  
Médicos Internos Fac. de Medicina  
Instituto de Ciencias de la Salud CES  
Medellín - Colombia

INTRODUCCION

La presencia en oído medio de líquido seroso estéril con o sin síntomas se acepta como otitis media serosa (O.M.S.) (1).

Esta es secundaria generalmente a enfermedades de la vía aérea, como adenoiditis, rinitis alérgica, nasofaringitis, sinusitis y otras.

La etiología de la O.M.S. se divide en tres grandes grupos que son: (2)

1. Obstrucción de la luz de la trompa de Eustaquio.
2. Obstrucción de los linfáticos de la trompa de Eustaquio.
3. Derrame en el oído medio.

Actualmente se acepta por estudios realizados en otros países (1,3) una relación clara entre la hipertrofia de adenoides (H.A) y la patología auditiva, siendo una de las más importantes la otitis media serosa (O.M.S.). Murray (1) y colaboradores demostraron una asociación altamente significativa entre la hipertrofia adenoides y la otitis media serosa. Lemon (3) encontró que la H.A. al obstruir la Trompa de Eustaquio es el factor más importante en la etiología de la O.M.S. En una de sus investigaciones en niños con O.M.S. a quienes se practicó como tratamiento adenoidectomía, se encontró recidiva en los seis meses siguientes, sólo del 3% y en quienes no se realizó dicho procedimiento la recidiva fue del 40% en el mismo lapso de tiempo.

La hiperplasia e inflamación crónica de las adenoides produce una obstrucción de los linfáticos de la trompa de Eustaquio, siendo ésta la principal causa de O.M.S. en niños (4). Estos pacientes requieren adenoidectomía para su tratamiento.

En nuestro medio no se encontraron estudios ni estadísticas locales que demuestren la asociación entre las dos patologías, lo cual motivó la realización del presente estudio, el cual permitirá avanzar en el conocimiento del problema en el medio y proporcionar elementos de juicio para el diagnóstico y enfoque de las dos entidades.

## METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo en una población de 59 pacientes entre los dos y los ocho años de edad. La población se obtuvo de pacientes que asistieron al Centro de Salud de Sabaneta (CES) a la consulta de otorrinolaringología. Dos pacientes se excluyeron del trabajo por no cumplir los criterios de diagnóstico de H.A. y/u O.M.S. La población a estudiar fue recogida en el lapso de un año y medio. A todo paciente incluido en el trabajo se le llenó una planilla precodificada la cual constó de Anamnesis y Examen Físico otorrinolaringológico.

Como medios de diagnóstico de rutina se pidieron Rx de CAVUM e Impedanciometría. Aquellos a quienes se les encontraba síntomas de alergia respiratoria y fueran mayores de tres años (basados en que la sensibilización de aeroalergenos requiere aproximadamente este tiempo (1) se les pedía pruebas de alergias y eosinófilos en moco nasal. La Audiometría Tonal se pidió a mayores de cuatro años (por la necesidad de colaboración del paciente) y con algún grado de hipoacusia. Por dificultades económicas en la mayor parte de los casos, sólo se pudo realizar el examen a cuatro. Finalmente se procedió al procesamiento de los datos por computador y a su análisis con ayuda del paquete Microstat.

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 59 pacientes entre los dos y los ocho años, en un período de un año y medio (Septiembre 1987 - marzo 1989), de los cuales se excluyeron dos pacientes por haberse comprobado diagnóstico diferente a la patología objeto de estudio.

La población total estudiada fue de 57 pacientes con una distribución por sexos de 39 hombres (68.42%) y 18 mujeres (31.57%).

Los principales motivos de consulta de la población estudiada fueron (Tabla 1): Respirador oral: 51 pacientes (86.4%), Ronquido nocturno: 46 pacientes (77.9%), Obstrucción nasal: 37 pacientes (62.7%).

TABLA 1

**PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA  
ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.  
CENTRO DE ESPECIALISTAS CES  
1987 - 1989**

MOTIVO DE CONSULTA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Respirador Oral	51	86.4%
Ronquido Nocturno	46	77.9%
Obstrucción Nasal	37	62.7%
Otalgia	29	49.1%
Remitido (Médico Odontólogo)	17	28.8%
Otorrea	15	25.4%
Otros	15	25.4%
Hipoacusia	9	15.2%
Sensación de oído tapado	4	6.7%
Maloclusión Dentaria	1	1.7%

El principal síntoma otológico fue la otalgia en 29 pacientes (50.8%) (Tabla 2).

**TABLA 2**

**SINTOMAS OTOLOGICOS**  
**ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.**  
**CENTRO DE ESPECIALISTAS CES**  
**1987 - 1989**

SINTOMAS OTOLOGICOS	No. PA-CIENTES	PORCENTAJE
Otalgia	29	50.8%
Hipoacusia	19	33.3%
Otorrea	17	29.8%
Tinitus	4	6.7%

La obstrucción nasal (36 pacientes para un 61%), el prurito nasal (29 pacientes para un 49.1%) fueron los principales hallazgos de alergia respiratoria (Tabla 3).

**TABLA 3**

**PRINCIPALES HALLAZGOS A LA REVISION DE SISTEMAS**  
**ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.**  
**CENTRO DE ESPECIALISTAS CES**  
**1987 - 1989**

ALERGIA RESPIRATORIA	No. PA-CIENTES	PORCENTAJE
Obstrucción Nasal	36	61.0%
Prurito Nasal	29	49.1%
Rinorrea	29	49.1%
Prurito Otico	22	38.6%
Prurito Ocular	15	26.3%
Prurito Palatino	7	12.2%

Los principales hallazgos al examen físico de los pacientes estudiados fueron: Membrana Timpánica Opaca: 35 pacientes (59.3%), Membrana Timpánica Retraída: 22 pacientes (37.3%), Membrana Timpánica Abombada: 19 pacientes (32.2%).

El hallazgo más importante a la rinoscopia anterior fue la hipertrofia de cornetes en 13 pacientes (22%).

Los exámenes paraclínicos utilizados en el presente estudio fueron:

- Rx de CAVUM realizados a 55 pacientes encontrándose anomalía en 47 pacientes (85.45%) (se consideró anormal obstrucción igual o mayor del 30%).
- Impedanciometría se realizó en 50 pacientes y se encontraron anomalías en 41 pacientes (71.32%).

La anomalía más constante fue la Curva Plana seguida de Curva Negativa. En ambos casos se consideró anormal ya fuera uni o bilateralmente.

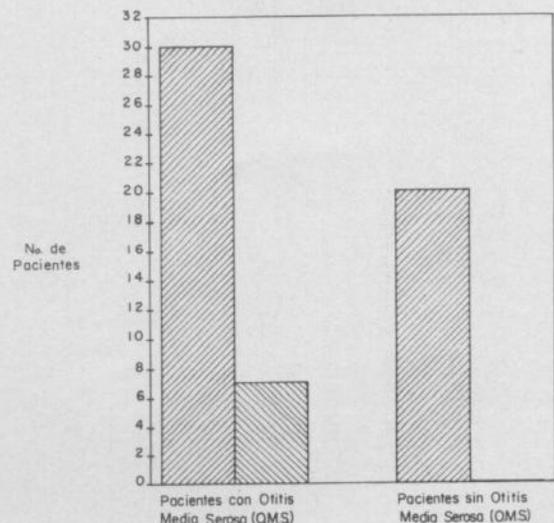
Se realizaron pruebas de alergias a 20 pacientes (30%) de las cuales 15 fueron positivas (75%) y 5 negativas (25%). Diez pacientes con diagnóstico de O.M.S. tenían positivas pruebas de alergia (50%).

La prueba de eosinófilos en moco nasal, se realizó a 18 pacientes con positividad en 11 de ellos para un 61.1%.

La gráfica No. 1 muestra la distribución por diagnóstico en la población estudiada, destacándose que el 81% de los niños con O.M.S. tenía H.A.. Se realizó Rx CAVUM a 19 de los 20 pacientes con H.A. sola, encontrándose anomalía en el 100% e Impedanciometría a 16 de los 20 pacientes siendo anormales 7 para un 43.7%.

**GRAFICA 1**

**DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO**  
**ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.**  
**CENTRO DE ESPECIALISTAS CES**  
**1987 - 1989**



Con Hipertrofia Adenoidea (H.A.)  
Sin Hipertrofia Adenoidea (H.A.)

En el grupo de pacientes con O.M.S. sola, se encontró que los Rx GAYUM fueron normales en todos los casos (100%) y que la Impedanciometría fue anormal en los seis pacientes en los que fue realizado.

Se encontraron 30 pacientes con ambas patologías, a 29 de los cuales se les realizó Rx de CAVUM observándose alguna anomalía en todos los casos. A 28 pacientes de este mismo grupo se les realizó Impedanciometría siendo igualmente anormal en todos los casos.

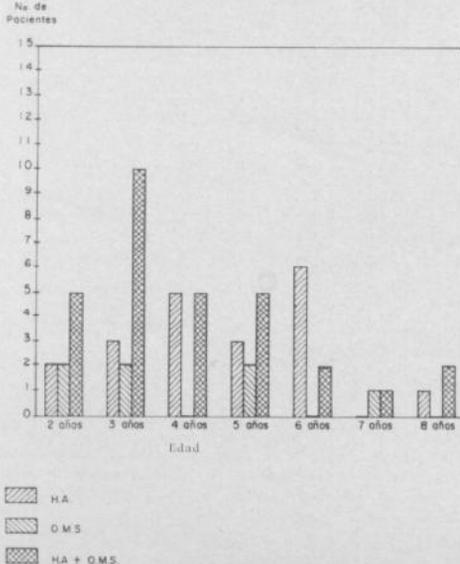
Se encontró que la otalgia es uno de los síntomas otológicos más importantes en la historia clínica. Partiendo de dicha base, se quiso conocer cuántos pacientes que no habían tenido dicho síntoma, tuviesen la Impedanciometría alterada observándose lo siguiente: de los 28 niños que no tuvieron otalgia, se les realizó Impedanciometría a 23, siendo anormales 16 (69.5%).

En el presente estudio se demostró que hay una asociación estadísticamente significativa entre la H.A. y la O.M.S. Lo cual probablemente debido al tamaño de la muestra sólo demostró ser levemente significativa ( $P \leq 0.05$ ).

También se demostró que tanto el sexo como la edad son independientes respecto a cualquiera de las dos patologías estudiadas ( $P = 0.05$ ) (Gráfica No. 2). La gráfica No. 3 muestra la distribución del diagnóstico de acuerdo al sexo de los pacientes.

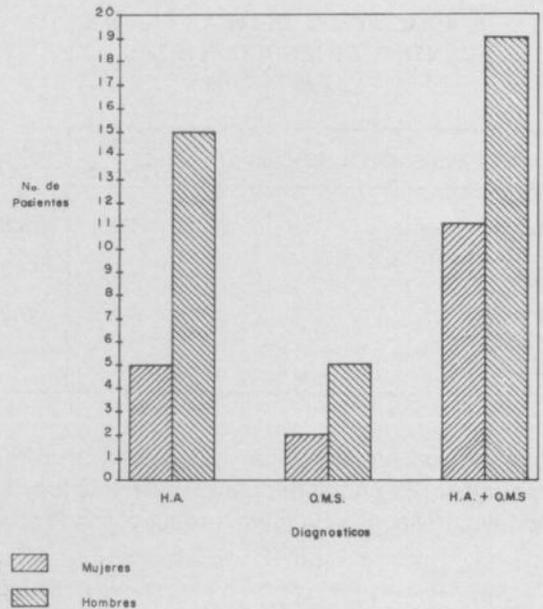
**GRAFICA 2**

**EDADES VS. DIAGNOSTICO**  
ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.  
CENTRO DE ESPECIALISTAS CES  
1987 - 1989



**GRAFICA 3**

**SEXO VS. DIAGNOSTICO**  
ASOCIACION DE H.A. Y O.M.S.  
CENTRO DE ESPECIALISTAS CES  
1987 - 1989



**DISCUSION**

En el presente estudio los resultados obtenidos corroboran lo encontrado en la literatura mundial (1, 2, 3, 5).

Se sabe que la principal causa de O.M.S. es la H.A. lo cual se encontró en esta investigación, donde el 81% de niños con O.M.S. tenían además H.A. o sea, 30 pacientes de 37 estudiados con O.M.S. En total fueron 57 niños, los otros 20 tenían sólo H.A.

Otro de los hallazgos fue la independencia del sexo respecto a las patologías estudiadas. Dicho dato coincide con lo revisado en la literatura en donde esta variable no juega papel en la génesis de estas enfermedades (2).

Se estudiaron niños entre los dos y los ocho años, observándose que la edad no es un factor determinante en H.A. y O.M.S., al menos dentro de dicho grupo de edad. Basándose en la literatura se conoce que el mayor crecimiento de tejido adenoideo se da dentro de este rango y que no es importante la mayor o menor edad siempre y cuando permanezca en este grupo (1, 2, 3, 6).

Se encontró que los principales motivos de consulta fueron: ser respirador oral con un 86.4% y roncador nocturno con un 77.9%; dichos signos son definidos

como los más prevalentes en la H.A. de la literatura revisada (2).

Encontramos igualmente que los principales hallazgos a la otoscopia fueron la opacidad con un 59.3% y la retracción de la membrana timpánica con un 37.3%; siendo éstos consistentes con estudios anteriores (4, 5, 7).

Por el contrario observamos que para la O.M.S. dentro de la literatura se presentan hipoacusia, acúfenos y hasta vértigo como principales quejas (2); se encontró sintomatología diferente siendo lo más común a la consulta otalgia con un 50.8% y luego la hipoacusia con un 33.3%, sin casos de vértigo y muy escasos de acúfenos.

En el trabajo por dificultades en la metodología no se pudo ahondar en el estudio de la hipoacusia; la cual puede ser de más de 90 db y esto llevar a trastornos del lenguaje y del aprendizaje en el posterior desarrollo de un paciente con O.M.S. (1).

En la literatura revisada se presta gran atención a los factores alérgicos (1) dentro de la etiología de la O.M.S. siendo la segunda causa desencadenante de dicha entidad. Se les hizo pruebas de alergia a 20 pacientes siendo positivas en 15 de ellos, de los cuales 10 tenían diagnóstico de O.M.S. (50%) y/o H.A.

Las pruebas paraclínicas en el estudio demostraron ser altamente útiles en la confirmación de las sospechas clínicas, lo cual se corrobora con lo descrito en la literatura (2), donde los Rx de CAVUM y la Impedan-

ciometría son los exámenes más específicos para la H.A. y la O.M.S. respectivamente.

Por último se encontró que pacientes no consultaron por síntomas otológicos (como otalgia) tuvieron Impedanciometría anormal. Eran 28 niños sin otalgia, de éstos a 29 se les realizó Impedanciometría siendo anormal en 16 (69.5%) lo cual confirma el hecho de que la O.M.S. puede ser asintomática (1, 2, 3, 7).

## CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la H.A. y la O.M.S. en la población estudiada.
2. La edad y el sexo son independientes para la H.A. y la O.M.S.
3. Los Rx de CAVUM y la Impedanciometría son los exámenes de mayor ayuda para el diagnóstico de H.A. y O.M.S. respectivamente.
4. La historia clínica completa demostró ser la principal forma diagnóstica, ya que en casi todos los pacientes en que se sospechó la entidad se comprobó posteriormente con exámenes paraclínicos.

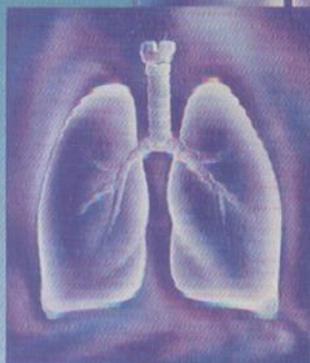
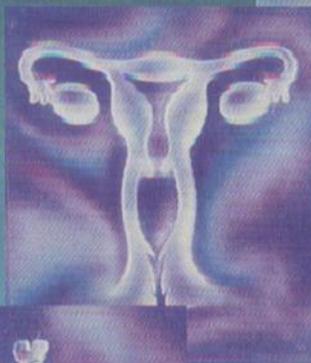
## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Javier Ortiz, Médico Otorrinolaringólogo U. de A. por su valiosa asesoría.

## BIBLIOGRAFIA

1. Murray, A.B. et al. A survey of hearing loss in Vancouver School Children; II. The association between serous otitis media and enlarged adenoids, infection and nasal allergy. *Can Med. Assoc. J.* 1968, 98 p. 885.
2. Paparella, Michael M. y Shumrick. *Otorrinolaringología Oído*. 2 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1982 tomo 2.
3. LEMON, A.N. Serous Otitis Media in Children. *Laryngoscope*. 1962, 72: 92.
4. Crisdale, M.S., Medical Management of Serous Otitis Media. *The Otolaryngologic Clin of North America*. 1984, Nov.; 17 (4), p. 659-659.
5. Graham, Malcolm D. y Kemink, John L. The Wet Ear. *The Otolaryngologic Clin of North America*. 1986, Feb.; 20 (1): p. 30-45.
6. McKee, W.J.E.: The part played by adenoidectomy in the combined operation of tonsillectomy with adenoidectomy. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 1963, 17: 133.
7. Ström, Marshall. *Diagnóstica diferencial en Pediatría*. Otorrinolaringología. Barcelona, Salvat, 1979.

**AHORA...  
PARA TRATAR  
UNA AMPLIA GAMA  
DE INFECCIONES**



**NUEVO**  
**FLOXSTAT**<sup>®</sup>  
OFLOXACINA

**POTENCIA INYECTABLE...  
EN COMODA FORMA ORAL**

Comparada con otras quinolonas un perfil farmacocinético superior

- ❑ La mayor biodisponibilidad.
- ❑ Altas concentraciones en suero.
- ❑ La vida media más alta.
- ❑ Un excelente historial de seguridad.

**CONTRAINDICACIONES:** FLOXSTAT<sup>®</sup> no debe administrarse a pacientes con historia de hipersensibilidad a OFLOXACINA u otras quinolonas. FLOXSTAT<sup>®</sup> NO DEBE SER ADMINISTRADO A MUJERES EMBARAZADAS O LACTANDO, NI A NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS.

**REFERENCIAS:** 1. Eliopoulos GM, Eliopoulos GT. Quinolone antimicrobial agents: Activity in vitro. In Wolfson and Hooper (eds). *Quinolone Antimicrobial Agents*. Washington, D.C.: American Society for Microbiology, 1989; chap 3. 2. Weber P, Bouccougant Y. Ofloxacin: Mechanism of action, safety, and effectiveness. (to publicarse). *Internal Medicine*. Octubre 1, 1989; 3. Lode H, Hoffken G, Olschewski P, et al. Pharmacokinetics of ofloxacin after parenteral and oral administration. *Antimicrob Agents Chemother* 1987; 31:1338-1342.

Registro No. M-010713 M.S.



División de  
**JANSSEN**  
FARMACEUTICA S.A.  
Bogotá - Colombia

