

OTITIS EXTERNA

Autores:

Andres Buforn Galiana. Adjunto Área de urgencias . Hospital Clínico de Málaga

Carmen Rosa Aguilera Podadera Medico de Familia. Centro de Salud de Carranque. Málaga

Valentina Morell Jimenez Medico de Familia. Área de urgencias . Hospital Clínico de Málaga

Encarnación Fernandez Ruiz. Médico residente de ORL. Hospital Clínico de Málaga

Begoña Torres Muros. Médico residente de ORL. Hospital Clínico de Málaga.

M^a Carmen Delgado Fernández. Adjunto Área de urgencias . Hospital Clínico de Málaga

Contacto: Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Colonia
Sta. Inés S/N, 29010 Málaga.

Telf. 952-649400. Extensión: 2232 (ORL).

2396 (urgencias).

INDICE:

I. INTRODUCCION

II. CLASIFICACION:

II.1 OTITIS EXTERNA BACTERIANA CIRCUNSCRITA

II.2 OTITIS EXTERNA BACTERIANA DIFUSA

II.3. OTITIS EXTERNA MICÓTICA

II.4. OTITIS EXTERNAS VÍRICAS

III. COMPLICACIONES DE LAS OTITIS EXTERNA EN GENERAL

I. INTRODUCCION

La otitis externa como causa de atención en el servicio de urgencias o en la consulta de atención primaria, es muy frecuente, teniendo como síntoma princeps la otalgia. Clasificaremos de forma simple las otitis externas en bacterianas y no bacterianas. Dentro de las externas bacterianas tendremos la circunscrita o forúnculo del conducto auditivo externo, y la difusa; dentro de la difusa, tendremos formas especiales como la otitis externa maligna. En cuanto a las no bacterianas tendremos las micóticas y las víricas, dentro de las cuales incluiremos la miringitis bullosa, aunque no sea estrictamente una afectación del conducto auditivo externo.

La definición de otitis externa sería como su propio nombre indica la inflamación de las porciones más externas del aparato auditivo, esto es principalmente conducto auditivo externo, y por extensión a las diferentes zonas del pabellón auricular.

A continuación haremos una breve descripción del motivo de consulta, la exploración el diagnóstico y el tratamiento de las diferentes formas de otitis externas según la clasificación mencionada. Asimismo, se mencionaran al final del capítulo las complicaciones derivadas de esta patología.

I.1 HISTORIA CLINICA Y EXPLORACIÓN BÁSICA ORL EN URGENCIAS.

Una Anamnesis completa y una exploración básica detallada, obtendremos una información muy valiosa , bien para resolver en Urgencias la causa ó precisar interconsulta con ORL .

Salvo contadas patologías, nuestra práctica en Urgencias , nos demuestra día a día, que un Médico de Urgencias, entrenado y formado , puede resolver situaciones y demorar la consulta con el Especialista. Por lo que este tema, va dirigido con la finalidad de que el médico que desempeña su labor asistencial en Urgencias, pueda ante una Urgencia ORL, explorar, diagnosticar, resolver ó saber los criterios de aviso urgente a ORL ó derivar al paciente diferido.

1-Historia Clínica: Dirigida a la patología que el paciente nos comenta, nariz, oídos, garganta, cuello, etc.....

2-Exploración básica

2-1 Normas :

- La cabeza de explorador a la misma altura que el paciente.
- Siempre sistematizaremos la exploración
- Intentar que la visualización sea aceptable.

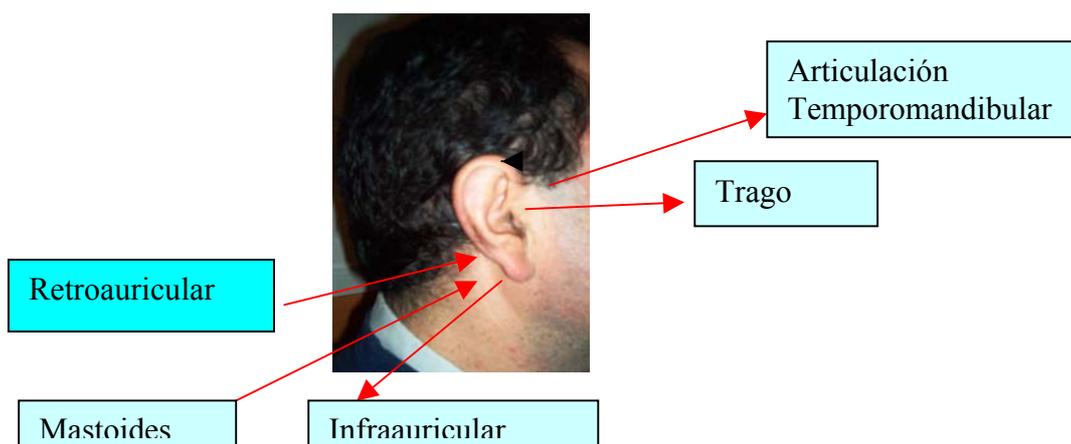
2-2 Equipamiento básico en Urgencias

- Luz frontal y espejo
- Linterna de exploración.
- Otoscopio
- Depresores de lengua
- Pinzas acodadas
- Espéculos nasales.

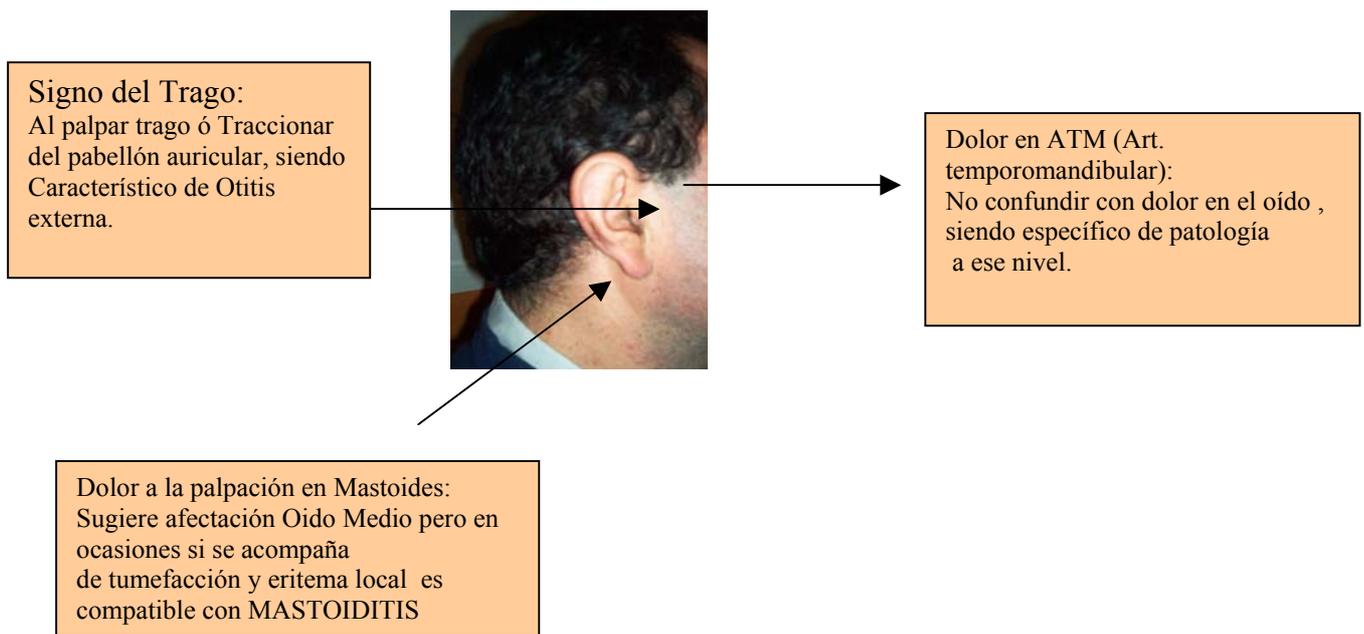
2-3 Exploración oído, rinológica, laringe y cervical.

2-3-1 Exploración del oído:

-Inspección y palpación auricular : Iniciar la Inspección en la cara externa del pabellón auricular , cara posterior, región mastoidea y por último infraauricular. Debemos siempre retirar los cabellos, en busca de lesiones dermatológicas y para facilitarnos el acceso , para realizar una exhaustiva inspección. Posteriormente procederemos a la palpación auricular, y comenzaremos con trago, retroauricular, infraauricular, punta de la mastoides y articulación temporomandibular.



Signos a destacar en la palpación del oído:



-Otoscopia :

Para iniciar la exploración, introduciremos el otoscopio con un cono desechable , traccionaremos el pabellón hacia arriba (adulto) hacia abajo y atrás (niño).

- 1-Inspeccionamos el conducto , parte cartilaginosa (pelos) tercio externo parte ósea (sin pelos), dos tercios internos.
- 2-Visualización del triángulo luminoso anteroinferior (Se descarta patología inflamatoria si se visualiza)
- 3-Observación membrana timpánica .Su color normal es rosado nacarado.



Detalle Otoscopio

II. CLASIFICACION:

II.1 OTITIS EXTERNA BACTERIANA CIRCUNSCRITA

La otitis externa bacteriana circunscrita no es mas que la infección de un folículo piloso de los pelos que presenta el conducto auditivo externo (CAE) en su tercio más externo(*tragi*).

El motivo de consulta del paciente es la otalgia, que aumenta en relación a la presión en la zona del forúnculo.

A la exploración, se aprecia una tumoración de aspecto inflamatorio que suele asentar de preferencia en la cara antero-inferior del CAE, y en la que a veces se aprecia contenido purulento en su interior y fluctúa a la palpación. Es frecuente la aparición de adenopatías satélites pre- y retroauriculares. Para su diagnóstico tan sólo es preciso la exploración clínica.

La etiología es clásicamente estafilocócica. El tratamiento dependerá del grado de evolución, puede ser preciso es desbridamiento quirúrgico con anestesia local que deberá ser realizado por el especialista ORL, pero en la mayoría de las ocasiones será suficiente con la aplicación tópica de pomadas antibióticas de ácido fusídico o mupirocina y tratamiento antibiótico vía oral con cloxacilina 500mg cada 6horas durante 7 días, acompañados de antiinflamatorios no esteroideos.

II.2 OTITIS EXTERNA BACTERIANA DIFUSA

La otitis externa bacteriana difusa supone la inflamación del CAE en toda su extensión, por infección de la epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo del mismo. Podemos ver afectaciones variables del pabellón, la denominada pericondritis, indicando siempre que aparezca un aumento de la gravedad del proceso y la necesidad de tratamiento sistémico, así como un control más estricto de la evolución del proceso ante la posibilidad de aparición de complicaciones.

El motivo de consulta es la otalgia, de considerable intensidad en general, aunque su grado no nos marque en modo alguno la gravedad de la patología, uni o bilateral. Puede acompañarse de otorrea, hipoacusia, y dolorimiento de la región periauricular y mandibular.

A la exploración, si tan sólo es una afectación leve-moderada del CAE no deben existir signos externos a la inspección de pericondritis o de reacción mastoidea. A la palpación tenemos un signo princeps, el dolor a la presión del trago o signo del trago, que nos diferencia la afectación del oído externo de la del oído medio. También aparece dolor con la movilización del pabellón. A la otoscopia, el CAE aparece congestivo, eritematoso, muy doloroso al tacto, y con grados variables de estenosis, edema y otorrea que nos dificultaran la visualización del tímpano.

La otitis externa difusa suele aparecer en relación a agresiones que sufre el CAE durante los baños o la limpieza y rascado excesivo del mismo con bastoncillos higiénicos. Los gérmenes más frecuentes son *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. El diagnóstico, salvo complicación o resistencia al tratamiento, es clínico.

El tratamiento se instaura en función de la gravedad del proceso; así en los estadios iniciales sin signos de gravedad y en personas inmunocompetentes sin patología de base, tan solo es preciso instaurar tratamiento con gotas tópicas antibióticas que lleven asociados corticoides, siendo de elección los preparados de ciprofloxacino tópico con corticoides asociados administrados a razón de 4 gotas cada 12 horas 7 días. Es importante administrar de forma sistémica analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos que ayuden al paciente a sobrellevar el dolor, a lo que también ayuda la aplicación de calor seco. Es de vital importancia recalcar al paciente la necesidad de no mojarse los pabellones auriculares ni los CAES mientras dure el tratamiento, siendo muy útil para ello la recomendación de ocluir los conductos durante el aseo personal con un algodón humedecido en vaselina estéril o aceite de oliva. En caso de que aparezcan signos de extensión del proceso, al tratamiento anterior se añade antibióticos por vía sistémica; en caso de enfermos sin patología de base, podemos administrar Amoxicilina-clavulánico a las dosis habituales durante 7 días o bien cefalosporinas de 2ª generación. En caso de individuos diabéticos sin signos de gravedad, se incluye en el tratamiento de forma inicial ciprofloxacino 500mg cada 12 horas por vía oral durante 5 días de forma profiláctica. En caso de signos de extensión de enfermedad en individuos diabéticos, se inicia tratamiento con ciprofloxacino a las dosis descritas durante 10 día, vigilando cada 24 o 48h la evolución por si fuera preciso su ingreso hospitalario para tratamiento parenteral. Es en el caso de los pacientes diabéticos donde debemos temer especialmente la aparición de la otitis externa maligna o necrotizante, que consiste en una otitis externa de extrema gravedad con invasión de la infección a los tejidos cartilaginosa y óseo contiguos al CAE, causando fenómenos trombóticos y trastornos de los pares craneales en relación con la región periauricular; el germen causal es *Pseudomona aeruginosa*. Este cuadro precisa ingreso hospitalario en la unidad de ORL para tratamiento parenteral y vigilancia estricta de la evolución, así como de las cifras de glucemia, pudiendo requerir la actuación quirúrgica urgente para desbridamiento de los focos sépticos.

II.3. OTITIS EXTERNA MICÓTICA

La otitis externa micótica suele producirse debido a la elevada humedad y maceración que se da en el CAE tras los baños, especialmente en época estival, o bien en conductos estrechos mal ventilados como efecto del sudor y el calor en climas húmedo y cálidos.

También es frecuente verla por origen yatrógeno debido a tratamientos con gotas antibióticas y corticoides demasiado prolongados.

El motivo de consulta, no es tanto el dolor, ya que este es moderado, sino el prurito, la otorrea acuosa y la sensación de taponamiento uni o bilateral.

A la exploración, el signo del trago es débilmente positivo, y podemos ver restos de secreciones en la concha, incluso grados variables de eccema que pueden actuar como sustrato de la otomicosis. La otoscopia pone de manifiesto la existencia en el CAE de masas de aspecto algodonoso o grisáceo “como papel mascado” que corresponden a las colonias fúngicas. Tras la aspiración bajo microscopio, apreciaremos un CAE muy congestivo, escasamente estenótico, con gran tendencia al sangrado al contacto con el aspirador, macerado.

La etiología más habitual son las diferentes especies de *Aspergillus*, *niger*, *flavus* y *fumigatus*, que podemos sospechar por el aspecto de las hifas a la otomicroscopía. Así, unas hifas acabadas en cabezuelas negruzcas orientan hacia *Aspergillus niger*; una aspecto cremosos amarillento, *Aspergillus flavus*; las masas que parecen “papel mascado” corresponden a colonias de *Aspergillus fumigatus*. El diagnóstico es clínico.

El tratamiento, en primer lugar es preciso la liberación y limpieza del CAE de las masas fúngicas. Después, aplicaremos durante 10-15 días soluciones tópicas de antifúngicos imidazólicos. Tras este tratamiento es conveniente aplicar soluciones que nos van a secar el CAE impidiendo la recidiva de la infección, como gotas de alcohol boricado a saturación a razón de 3 gotas diarias tras el aseo personal durante 10-15 días. Es muy importante insistir en la necesidad de no mojar los CAES, obturándolos con algodón humedecido en aceite de oliva o vaselina estéril como se describió anteriormente.

II.4. OTITIS EXTERNAS VÍRICAS

Recogemos aquí tres cuadros clínicos, uno más frecuente, como la miringitis bullosa, y otros dos más raros como la otitis externa por Herpes simple tipo I y la causada por el Herpes varicela-zoster.

La miringitis bullosa es un cuadro aparece en el invierno asociado con el catarro común. Sus agentes etiológicos más frecuentes son los virus de la coriza común, aunque también se ha aislado un germen no vírico como es *Mycoplasma pneumoniae* de la secreciones de las ampollas,

El motivo de consulta es una otalgia muy intensa que habitualmente ha producido otorrea serosanguinolenta, tras la cual a veces ha desaparecido el dolor.

A la otoscopia, se aprecian una o más flictenas de contenido serohemático que afectan a la capa epitelial del tímpano, y que son las causantes del dolor. Si este es muy intenso, producimos un inmediato alivio rompiendo las ampollas mediante una lanceta de miringotomía bajo control otomicroscópico. Además, el tímpano puede estar abombado, reflejando grados variables de otitis media aguda (OMA) provocada por el catarro.

Para su tratamiento, además del alivio del dolor mediante la maniobra descrita, se administraran gotas antibióticas y corticoideas tópicas durante 5-7 días para evitar la sobreinfección de las flictenas, así como antibióticos y antiinflamatorios vía oral para tratamiento del catarro y de la otitis media aguda; como antibiótico, se puede emplear macrólidos tipo claritromicina a razón de 500mg cada 12 horas durante 7 días, que además nos cubrirán la posible infección por Mycoplasma. En caso de abombamiento timpánico sugestivo de OMA, asociaremos un descongestionante nasal con un betamimético durante 7 días.

La otitis externa por virus del Herpes Simple tipo I, es un cuadro excepcional en sujetos inmunocompetentes, asociándose su aparición a diferentes estadios del SIDA o enfermedades hematológicas. Cursa con otalgia y prurito variables, apreciándose en el CAE y la concha la típicas vesículas que evolucionan a lo largo de los días hacia costra, para desaparecer, pero sin afectación neurológica. El tratamiento, si la inmunosupresión no es muy severa, se puede hacer de forma tópica con cremas de aciclovir, o bien en casos de enfermedad más severa, con aciclovir o famciclovir oral o parenteral.

La otitis externa secundaria a la afectación por el virus Herpes varicela-zoster, se produce por una reactivación del virus acantonado en el ganglio geniculado situado en el primer codo del VII par craneal. Su forma más grave sería el llamado Síndrome de Ramsay-Hunt en el que tenemos hipoacusia súbita neurosensorial unilateral, por afectación del ganglio espiral de Golgi perteneciente al VIII par craneal, con grados variables de vértigo, por afectación del ganglio vestibular de Scarpa, y parálisis facial unilateral, todo ello asociado a exploración clínica compatible con infección por herpes varicela-zoster. No se sabe cuales son las causas que desencadenan la reactivación del virus.

El cuadro clínico se inicia con aparición de vesículas en el territorio auricular del nervio facial, esto es, concha, meato y la parte más externa del conducto; estas vesículas pueden diseminarse por todo el pabellón, regiones periauriculares y parte alta del cuello; pueden llegar incluso a úvula, paladar y lengua. La otalgia es discreta, predominando el prurito y la quemazón.

El tratamiento depende de si aparece afectación neurológica. Si tan sólo tenemos las manifestaciones cutáneas, se trata de forma tópica con cremas de aciclovir. Si aparecen

parálisis facial o las demás manifestaciones de afectación neural, administramos aciclovir oral o famciclovir a las dosis habituales, asociados a corticoides a dosis de mg/kg de peso en pauta descendente y vitaminas B1-B6-B12. El pronóstico de recuperación de la parálisis facial es peor que en la forma idiopática de Bell.

III. COMPLICACIONES DE LAS OTITIS EXTERNAS EN GENERAL

Nombramos aquí de forma breve los cuadros que pueden aparecer como complicación de la otitis externa, y que deben ser objeto de consulta urgente con el especialista ORL para su tratamiento médico o quirúrgico.

Las complicaciones de las otitis externas se derivaran de la extensión del proceso infeccioso a los tejidos circundantes, así, es más frecuente observarlo en las de causa bacteriana, siendo excepcionales las complicaciones en las de causa micótica o vírica a no ser en individuos inmunodeprimidos. La primera complicación es la pericondritis, que supone la diseminación del proceso infeccioso-inflamatorio a los tejidos del pabellón auricular; puede presentar grados variables, desde un discreto edema y enrojecimiento hasta la abscesificación y necrosis del tejido subcutáneo y cartilaginoso, que precisa una actuación quirúrgica además de médica. La sospecha del inicio de una pericondritis obliga al tratamiento con antibioterapia y antiinflamatorios sistémicos. La secuela más temida, resultado de las formas de afectación más graves, es la llamada “oreja en coliflor”, con pérdida de la conformación y de los relieves del pabellón, que cae hacia delante sin forma.

La otra complicación, más grave y que suele ser causa de ingreso urgente, es la mastoiditis aguda, o diseminación de la infección al tejido óseo mastoideo. También puede verse como complicación de una OMA. Nos alerta de la posible presencia de mastoiditis el dolor a la palpación mastoidea, con una región retroauricular enrojecida y edematosa que causa anteversión del pabellón auricular. La presencia de fluctuación a la palpación puede poner de manifiesto la presencia de pus que haga necesario la actuación quirúrgica urgente. El tratamiento se hace por vía parenteral con antibioterapia de amplio espectro y corticoides, además de analgésicos y antipiréticos.

Patología	Otoscopia	Secreción	Síntomas	Tratamiento.
Otitis externa Aguda bacteriana	Dolorosa. Inflamación y edema CAE	Otorrea serosa ó seropurulenta	Fiebre, dolor en trago a la presión, adenitis regional	Activo frente a P. aeruginosa. Tópicos: asociación de polimixina, neomicina, hidrocortisona, Ac.cético 2% ó de Ciprofloxacino. En casos severos: vía oral. ó parenteral (Ciprofloxacino, Tobramicina)
Otitis aguda Externa circunscrita (Forúnculo)	Muy dolorosa. Lesión prominente, congestiva y contenido purulento (punto blanquecino)		Inflamación dolorosa a nivel Foliculos pilosebáceos. Linfadenitis regional. Dolor en trago ó tracción pabellón	Habitualmente por S.Aureus. Calor seco local SISTÉMICOS: a) Cloxacilina 500 mg/6h b) Amoxi/Clavulánico 500 mg/8h LOCALES: Ciprofloxacino, Gentamicina, Neomicina. Aines . Si dolor intenso ó inflamación importante: drenaje quirúrgico
Otitis externa maligna (infección grave, a veces mortal)	Tejido de granulación unión osteo-cartilaginosa de CAE. Ulceras.	Secreciones ocres verdosas.	Ancianos diabéticos e inmunodeprimidos (SIDA) Cefalea .Afectación N facial . IX, X, XI si evoluciona. Menos frecuente V y VI	Pseudomona Aeruginosa. Ante sospecha, Remisión a Especialista ORL. Iniciar tratamiento sistémico con Ciprofloxacino.
Otomicosis (los más frecuentes son los Aspergilus , Cándidas)	CAE ocupado por una membrana grisácea con puntos negros, amarillos ó blancos (hifas)		Picor intenso en la primaria. En la secundaria (superpuesta a una bacteriana): Otalgia y prurito.	Limpieza repetida CAE . Aplicación tópica de Antimicóticos. Agentes acidificantes del medio: Alcohol boricado a saturación al 70%) Remitir a Especialista ORL
Miringitis bullosa (O.Gripal)	Inflamación húmeda de color rojizo pálido con formación de ampollas que pueden extenderse a la M. Timpánica		Aparece en el curso de un cuadro catarral. Origen: vírico.	Curación espontánea. Ibuprofeno vía oral /Tratamiento sintomático

BIBLIOGRAFÍA

- “Manual de ORL”. R. Ramírez Camacho. McGraW-Hill-Interamericana, 1998.
- “El oído externo”. L. M .Gil-Carcedo; L. A. Vallejo-Valdezate. Ed.Ergón, 2001.
- “Enciclopedia Médico-Quirúrgica de ORL” edición año 2000.
- “Otorrinolaringología” P. Abelló- J. Traserra. Ed.Doyma, 1998.