

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMENES OTITIS EXTERNA Y OTITIS MEDIA

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 30-ABRIL-2021



OTITIS EXTERNA

La otitis externa es una inflamación que compromete la piel del conducto auditivo externo, generalmente de causa infecciosa. En un 90% de los casos tiene una etiología bacteriana y se denomina otitis externa difusa u oído del nadador. Esta se caracteriza una por una celulitis de la piel y subdermis del conducto auditivo externo con inflamación aguda y edema variable¹. A pesar de no ser una enfermedad grave, produce una gran morbilidad principalmente por el dolor y discapacidad transitoria. La frecuente confusión de otitis externa con otitis media aguda enlentece la mejoría del paciente y lleva al uso inadecuado de antibióticos orales.

EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad de alta incidencia, que puede afectar hasta el 10% de la población al menos una vez en su vida. Puede comprometer a cualquier grupo etáreo, siendo más frecuente en niños entre 5 y 12 años de edad y es 5 veces más frecuente en nadadores. La mayoría de las otitis externas ocurren en condiciones de alta humedad y temperatura.

Otras entidades menos frecuentes son las otitis externa localizada, otitis externa eccematosa, otitis externa micótica y otitis externa maligna.

ETIOLOGIA

La otitis externa es una infección polimicrobiana. Los agentes etiológicos más frecuentemente aislados son *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*.

ETIOPATOGENIA

En condiciones normales, el cerumen del conducto auditivo externo constituye una barrera protectora oleosa, de pH levemente ácido, además contiene lisozimas con actividad antibacteriana y antifúngica. La ruptura de los mecanismos protectores del conducto produce una alteración en la capa lipídica protectora del cerumen. El

conducto se alcaliniza favoreciendo la proliferación de microorganismos comensales y patógenos.

FACTORES PREDISPONENTES

La causa más común de infección es el exceso de humedad atrapado en el conducto auditivo externo proveniente de duchas, natación, baños en piscina o termas y climas húmedos. Algunos conductos más estrechos o con una mayor profundidad del receso pretimpánico tienen mayor predisposición a hacer infecciones⁶. Otras causas predisponentes son la limpieza excesiva del conducto con elementos no apropiados que generan traumatismos locales y lesiones por grataje. También los cambios en el pH de la piel por lavados con agua jabonosa o uso de gotas alcalinas.

IMPACTACIÓN DE CERUMEN Y OTITIS EXTERNA

Los lavados de oídos para la extracción de cerumen pueden causar también una alteración de la capa protectora y favorecer las infecciones locales, especialmente en casos de tapones impactados en que el procedimiento es muy enérgico.

Los tapones de cerumen pueden afectar a cualquier grupo de edad, sin embargo, son más frecuentes en población infantil, población geriátrica y población con déficit cognitivo. El tapón de cerumen es la mayor parte de las veces asintomático, pero puede causar hipoacusia, otalgia, sensación de oído tapado, tinnitus o tos crónica, especialmente cuando se trata de un tapón de cerumen impactado. Existen diversas maneras de removerlo y la elección de qué método usar dependerá de quien lo realice y del equipamiento que tenga disponible.

DIAGNOSTICO

Inicio rápido (generalmente en 48 horas) de otalgia, generalmente severa, sensación de calor local y dolor al masticar. El paciente puede referir también hipoacusia o sensación de oído tapado. Puede haber prurito en los estados

iniciales. El dolor suele ser desproporcionado en relación al examen físico. El antecedente de fiebre es mucho menos frecuente que en la otitis media aguda.

Al examen físico puede existir exquisita sensibilidad a la presión del trago, al traccionar el pabellón auricular, o ambos. La otoscopia puede ser difícil por el dolor del paciente al contacto y estenosis por edema difuso del conducto auditivo externo. Puede haber otorrea, aunque no es un signo necesario para el diagnóstico. Suelen existir adenopatías sensibles pre o retroauriculares. La membrana timpánica en estados precoces está normal, en estados avanzados está eritematosa o deslustrada. En cuadros avanzados aparece eritema y edema del pabellón auricular y piel adyacente. La presencia de fiebre sugiere compromiso más allá del conducto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Otitis media crónica supurada: ocurre en la presencia de una perforación timpánica con o sin colesteatoma. Se manifiesta como otorrea crónica y cambios eczematosos del conducto auditivo externo. Pocas veces con otalgia.

Dermatitis seborreica: el paciente presenta una típica seborrea en la piel de la cara, línea del pelo y cuero cabelludo. El conducto generalmente tiene escaso cerumen y es un conducto seco, eritematoso, escamoso y brillante.

Psoriasis: paciente con historia de rash en otras zonas del cuerpo típicas de psoriasis. Pueden tener prurito en el conducto auditivo externo, en ocasiones con hiperqueratosis y liquenificación.

Dermatitis de contacto: generalmente se produce después de la exposición a agentes tópicos como antibióticos o anestésicos. Se presenta con mucho prurito. Se produce un rash eritematopapular en el pabellón auricular y edema del conducto auditivo externo.

Herpes Zoster ótico (Ramsay Hunt): en un principio el dolor es intenso, urente o punzante y el examen físico normal. A las 24- a 48 horas aparecen vesículas en el

conducto auditivo, pared posterior de la aurícula y membrana timpánica. Puede haber paresia o parálisis facial ipsilateral.

Carcinoma del conducto: puede ser indistinguible de la otitis externa, aunque generalmente indoloro. Se debe considerar en caso de crecimiento anormal de tejido en el canal auditivo o en paciente con otorrea u otorragia crónica que no responde al tratamiento médico.

OMA supurada: debido a la alta prevalencia de ambas entidades clínicas, el diagnóstico diferencial más importante de la otitis externa es con la otitis media aguda, especialmente en población infantil.

TRATAMIENTO

Hecho el diagnóstico de otitis externa es fundamental indicar antiinflamatorios y calor local para manejo del dolor. El tratamiento antibiótico de elección en cuadros iniciales de otitis externa no complicada es la terapia tópica empírica

Considerar siempre indicar antibióticos orales en casos de compromiso cutáneo por vecindad (celulitis de pabellón auricular, cara o cuello), en pacientes con riesgo de complicaciones (diabéticos, inmunodeprimidos) y en aquellos con compromiso profundo de piel de conducto auditivo externo, siendo de elección las quinolonas.

OTITIS EXTERNA LOCALIZADA

Corresponde a la formación de un furúnculo en el tercio externo del conducto auditivo. Su etiología más frecuente es el *Staphylococcus Aureus*. Se manifiesta con otalgia e hipoacusia. A la otoscopia se presenta con enrojecimiento e inflamación circunscritos a una pared del conducto. El tratamiento es con calor local, antibioterapia oral y drenaje quirúrgico cuando se identifica una zona fluctuante.

Otitis externa micótica

Es producida por hongos saprofitos oportunistas que se encuentran en el CAE. La otomicosis es responsable de un 10% de todas las otitis externas. Las causas más frecuentes son el tratamiento prolongado con gotas óticas de antibiótico o la exposición continuada al agua, que macera el conducto y cambia su pH y que junto al calor, proporciona las condiciones adecuadas para el crecimiento fúngico. Los hongos colonizan el estrato córneo de la piel del conducto y permanecen silentes durante días o semanas. Posteriormente comienzan a proliferar entre la piel, la queratina descamada y el cerumen, produciendo una inflamación en la piel del conducto y el crecimiento de colonias.

El cuadro clínico se caracteriza por prurito intenso. En el examen otoscópico se visualizan tapones de consistencia algodonosa o membranosa y/o presencia de masas o hifas negras. Los patógenos más frecuentes son *Candida albicans* y *Aspergillus niger*, pero existe un gran espectro de otros hongos que causan otomicosis.

El tratamiento consiste en aseos bajo microscopio con aspiración de las hifas y tapones algodonosos y la prescripción de antimicóticos tópicos por al menos 2 semanas. Resultan útiles para prevenir recurrencias las soluciones ácidas en base a ácido bórico o salicilatos.

OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio de inicio súbito. Se caracteriza por la presencia de líquido en la cavidad del oído medio y se asocia con signos y síntomas de inflamación local. Está relacionada íntimamente con otras infecciones de vías aéreas superiores (IVAS) y constituye una de las principales infecciones respiratorias agudas (IRA) en la edad pediátrica, particularmente durante los primeros años de vida. Es más frecuente en pacientes varones y en los meses de invierno, por lo que la mayor parte de la población sufre por lo menos un episodio de OMA en algún momento de la infancia, de tal manera que representa una causa importante de consulta en atención primaria en todo el mundo.

FACTORES DE RIESGO

El desarrollo de OMA se ve favorecido por la falta de lactancia materna, especialmente en menores de 3 meses de edad. Es más frecuente en niños que utilizan objetos de distracción oral como el chupón y en aquellos que acuden a la guardería. Existe una asociación directa entre la exposición al humo del tabaco (en la mayoría por tabaquismo de los padres) y el desarrollo de otitis media y su recurrencia.

ETIOLOGIA

Las infecciones virales representan el 41% de los casos de OMA. Los virus sincitial respiratorio (74%), parainfluenza (52%) e influenza (42%), constituyen el 81% de los patógenos virales. La bacteria que ocasiona con mayor frecuencia OMA es el *Streptococcus pneumoniae* (52.2%). En México, los serotipos más frecuentes de *S. pneumoniae* que ocasionan OMA son 6B y 19F (16.6%), y 6A, 14 y 23F (15.2%).

FISIOPATOLOGIA

Las actividades fisiológicas de la trompa de Eustaquio son: 1) mantener la presión dentro de la hendidura del oído medio a un nivel aproximado al de la presión atmosférica, 2) prevenir el reflujo del contenido de la nasofaringe hacia el oído medio, y 3) eliminar secreciones del oído medio mediante el transporte mucociliar y una "acción de bomba" de la trompa de Eustaquio. La falla de cualquiera de estas funciones normales de TFT puede resultar en el desarrollo de un cuadro de OMA.

DIAGNOSTICO

Los criterios de diagnóstico clínico de certeza para OMA incluyen: el inicio súbito de los síntomas, líquido en oído medio y signos y síntomas específicos de inflamación del oído medio. Los síntomas no específicos de OMA, como fiebre, cefalea, irritabilidad, tos, rinitis, anorexia, vómito y diarrea son comunes en

infantes y niños pequeños. La aparición de otalgia tiene una relación directamente proporcional con la edad: es menos frecuente en niños menores de 2 años y más común en adolescentes y adultos.

TRATAMIENTO

Existen 2 metas en el tratamiento de la OMA: la primera es la resolución de los síntomas, en donde el dolor es el síntoma más relevante y la segunda, la reducción de las recurrencias.

El manejo del dolor es importante en los primeros 2 días posteriores al diagnóstico; las opciones incluyen paracetamol e ibuprofeno. Se pueden usar en forma tópica y sistémica, aunque el uso tópico por sí solo no ha demostrado resultados superiores al tratamiento concomitante. Se sugiere que si el dolor se asocia con fiebre, el paracetamol o el ibuprofeno oral son suficientes para aliviar el dolor en las dosis de control de fiebre.

Los antibióticos son recomendados para todos los pacientes menores de 6 meses de edad; en pacientes de 6 meses a 2 años de edad cuando se tiene diagnóstico de certeza (inicio súbito, signos y síntomas de inflamación del oído medio y líquido o derrame en oído medio), y en niños mayores de 2 años con diagnóstico de certeza en enfermedad grave.

BIBLIOGRAFIA: Francisca Larach , Constanza Astorquiza. (2019). OTITIS EXTERNA. 2021, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-externa-diagnostico-y-manejo-S0716864016301250#:~:text=La%20otitis%20externa%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n%20que%20compromete%20la%20piel,difusa%20u%20o%C3%ADdo%20del%20nadador.>

Jorge Yolik Ramírez-Marína ,Carlos Adrián Merelo-Ariasb , Renzo Pérez-Dóramec ,Karla Strassburger-Lonaa , Carlos de Jesús Álvarez-Díaz. (2017). OTITIS MEDIA AGUDA. 2021, de MEDIGRAPHIC Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171i.pdf>