

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: OTITIS EXTERNA Y OTITIS MEDIA

MEDICINA HUMANA.

## OTITIS EXTERNA BACTERIANA Y MICOTICA

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 variable.

**Implicación bacteriana:** La flora normal del conducto auditivo externo se compone principalmente de bacterias aerobias e incluye los estafilococos coagulasa-negativos *Corynebacterium* (difteroides) *Micrococcus* y, ocasionalmente, *Staphylococcus aureus*), estreptococos viridans y *Pseudomonas aeruginosa* Tanto la humedad excesiva (debido a la natación, el baño, o la excesiva humedad ambiental) como la sequedad (piel del conducto auditivo seca y escasez de cerumen), así como la presencia de otras enfermedades dermatológicas (como infección previa, eczema y otras formas de dermatitis) y los traumatismos (producidos con el dedo, por un cuerpo extraño o por el uso de bastoncillos de los oídos), hacen que la piel del conducto auditivo externo sea vulnerable a la infección por la flora normal o por bacterias exógenas.

**OTITIS EXTERNA DIFUSA:** 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. En Chile son más frecuentes en el verano o después de visitar las termas.

El diagnóstico es habitualmente clínico. Otras entidades menos frecuentes son las otitis externa localizada, otitis externa eccematosa, otitis externa micótica y otitis externa maligna.

**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

**Etiología:** La otitis externa (también llamada **oído del nadador**, aunque puede ocurrir en ausencia de natación) se debe en la mayoría de las ocasiones a *P. aeruginosa*, pero también se pueden aislar *S. aureus*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, estreptococos, estafilococos coagulasa-negativos, difteroides y hongos como *Candida* y *Aspergillus*. La otitis externa se debe a la irritación crónica y la maceración debida a una humedad excesiva en el conducto auditivo. La pérdida del cerumen protector puede influir, al igual que los traumatismos, pero la impactación de cerumen con retención de agua también puede provocar infecciones. La inflamación del conducto auditivo debida a infecciones por virus herpes, virus varicela-zóster y otros exantemas cutáneos, así como el eczema, puede predisponer también a la aparición de otitis externa.

### **Manifestaciones clínicas**

El síntoma predominante es el inicio rápido de dolor agudo (otalgia), generalmente intenso, que se acentúa con la manipulación de la oreja o la presión sobre el trago y el movimiento mandibular. La gravedad del dolor y la sensibilidad (trago, oreja o ambos) pueden ser desproporcionadas respecto al grado de inflamación, debido a que la piel del conducto auditivo externo está estrechamente adherida al pericondrio y periostio subyacente. El prurito suele aparecer antes que el dolor, y generalmente es característico de una inflamación crónica del conducto o de una otitis externa aguda en fase de resolución. La hipoacusia conductiva (HC) puede deberse al edema de la piel y de la membrana timpánica (MT), a secreciones serosas o purulentas, o al engrosamiento de la piel del conducto que aparece asociada a la otitis externa crónica. El edema del conducto auditivo externo, el eritema y la otorrea espesa y grumosa son signos destacados de la enfermedad aguda. El cerumen suele ser blanco y de consistencia blanda, en contraposición a su color amarillo habitual y su consistencia firme. El conducto auditivo suele estar tan sensible e inflamado que no se puede visualizar adecuadamente en su totalidad, ni tampoco la MT, por lo que se debe posponer el examen otoscópico completo hasta que la inflamación aguda disminuya. Si se logra visualizar la MT puede aparecer tanto con

un aspecto normal como opaca; su movilidad puede ser normal o, si la MT está engrosada, la movilidad puede estar reducida en respuesta a las presiones positivas y negativas. Otros hallazgos físicos pueden incluir la existencia de ganglios linfáticos palpables y dolorosos a la palpación en la región periauricular, así como eritema y tumefacción de la oreja y de la piel periauricular. Pocas veces están presentes otros síntomas como parálisis facial, anomalías de otros nervios craneales, vértigo y/o hipoacusia neurosensorial. Si esto ocurre, es probable que se trate de una otitis externa necrosante (maligna). Esta infección invasiva que afecta al hueso temporal y a la base del cráneo requiere un cultivo inmediato, antibióticos intravenosos y estudios de imagen para evaluar la extensión de la enfermedad. Puede ser necesario intervenir quirúrgicamente con el fin de obtener muestras para su cultivo o desbridar el tejido desvitalizado. *P. aeruginosa* es el microorganismo que con más frecuencia provoca la otitis externa necrosante. Por fortuna, esta enfermedad es poco habitual en los niños y se observa únicamente asociada a inmunosupresión o malnutrición grave. En adultos se asocia a la diabetes mellitus.

### **Diagnóstico**

La otitis externa difusa puede confundirse con la forunculosis, la otitis media (OM) y con la mastoiditis. Los forúnculos aparecen en la porción pilosa (más externa) del conducto auditivo; la forunculosis suele causar una tumefacción localizada del conducto limitada a un solo cuadrante, mientras que la otitis externa se asocia con una tumefacción concéntrica y afecta a la totalidad del conducto. En la OM el tímpano puede estar perforado, intensamente retraído o abultado e inmóvil; la audición suele estar afectada. Si el oído medio está supurando a través de una MT perforada o de un tubo de timpanostomía, puede producirse una otitis externa secundaria; pero si la MT no es visible debido a la otorrea o a la tumefacción del conducto, puede ser difícil distinguir una OM aguda con otorrea de una otitis externa aguda. El dolor que se produce con la manipulación del pabellón auricular y la linfadenitis llamativa no son características habituales de la OM, y su hallazgo ayuda a realizar el diagnóstico diferencial. En algunos pacientes con otitis externa, el edema periauricular es tan extenso que la oreja se desplaza hacia delante, creando

una situación que se puede confundir con una mastoiditis aguda y un absceso subperióstico. En la mastoiditis el pliegue retroauricular está borrado, mientras que en la otitis externa este pliegue suele estar mejor conservado. En la mastoiditis aguda es común la existencia de antecedentes de OM y de hipoacusia, la sensibilidad a la palpación se percibe sobre la mastoides y no con la movilización del pabellón, y el examen otoscópico puede mostrar un abultamiento de la pared posterior del conducto auditivo externo.

La otalgia referida puede deberse a una enfermedad de los senos paranasales, los dientes, la faringe, la glándula parótida, el cuello y tiroides, así como a los nervios craneales (neuralgia del trigémino) (virus herpes simple, virus varicela-zóster).

**Tratamiento:** Los preparados óticos tópicos que contienen ácido acético con o sin hidrocortisona, o neomicina (activa contra microorganismos grampositivos y algunos gramnegativos, sobre todo especies de *Proteus*), polimixina (activa contra bacilos gramnegativos, fundamentalmente especies de *Pseudomonas*) e hidrocortisona, son muy eficaces en el tratamiento de la mayoría de las formas de otitis externa aguda. Otros preparados en forma de gotas óticas (p. ej., ofloxacino, ciprofloxacino con hidrocortisona o dexametasona) son preferibles y no contienen antibióticos potencialmente ototóxicos. Si el edema del conducto es muy marcado puede que deba remitirse al paciente al especialista para su limpieza y que inserte en su interior una mecha. Se suele recomendar el uso de gotas óticas de antibiótico y corticoide. Se puede insertar una mecha en el conducto auditivo y aplicar las gotas tópicas sobre ella 3 veces al día durante 24-48 horas. La mecha se puede retirar a los 2-3 días, momento en el que el edema del conducto auditivo suele haber mejorado notablemente y tanto él como la MT se visualizan mejor. Se continúa con los antibióticos por vía tópica mediante instilación directa. Cuando el dolor es muy intenso puede ser necesaria la administración de analgésicos por vía oral (p. ej., ibuprofeno o codeína) durante unos días. En los pacientes con otitis externa grave o recidivante debe realizarse una evaluación cuidadosa en busca de trastornos subyacentes.

## OTITIS MEDIA BACTERIANA Y MICOTICA.

El término otitis media (OM) engloba 2 categorías principales: infección aguda, que recibe la denominación de otitis media aguda (OMA) o supurativa, y la inflamación acompañada de derrame en el oído medio (DOM), llamada OM no supurativa o secretora, u otitis media con derrame (OMD). Estos dos tipos principales de OM están interrelacionados: a la infección aguda le suele suceder una inflamación residual y un derrame que, a su vez, predispone a los niños a una infección recidivante. El DOM es una característica tanto de la OMA como de la OMD y es una manifestación de la inflamación subyacente de la mucosa del oído medio. El DOM provoca la hipoacusia de conducción (HC) asociada con la OM, que oscila de 0 hasta 50 dB de hipoacusia.

**Epidemiología:** Se ha demostrado que varios factores influyen en la aparición de una OM, como la edad, el sexo, la raza, los antecedentes genéticos, el nivel socioeconómico, la lactancia materna, el grado de exposición al humo del tabaco, el grado de exposición a otros niños, la presencia o ausencia de alergia respiratoria, la estación del año y el estado de vacunación antineumocócica. Los niños con ciertos tipos de anomalías craneofaciales congénitas son especialmente propensos a padecer una OM.

**Etiología:** Otitis media aguda

Se pueden aislar bacterias patógenas en el exudado del oído medio mediante técnicas de cultivo estándar en la mayoría de los casos de OMA bien documentada. Hay tres patógenos que predominan en la OMA: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*. La incidencia global de estos microorganismos ha variado con el uso de la vacuna neumocócica conjugada

Otitis media con derrame: Los patógenos que se encuentran típicamente en la OMA también se pueden recoger en alrededor del 30% de los niños con OMD cuando se usan técnicas de cultivo estándar. Sin embargo, en varios estudios realizados con reacción en cadena de la polimerasa en niños con OMD se ha descubierto la existencia de ADN bacteriano y/o ARN vírico viable en los derrames líquidos del oído medio en una proporción mucho mayor de estos niños.

**Patogenia:** Un proceso patológico multifactorial, el perfil de riesgo y las interacciones entre el huésped y el patógeno se han identificado como elementos que desempeñan papeles importantes en la patogenia de la OM. Diversos factores, como las alteraciones del aclaramiento mucociliar debido a la exposición repetida a virus que tiene lugar en las guarderías o a la exposición al humo del tabaco pueden inclinar la balanza de la patogenia en el caso de patógenos de OM menos virulentos a su favor, sobre todo en niños con una predisposición del huésped especial.

**Manifestaciones clínicas:** Los síntomas y los signos de la OMA son muy variables, sobre todo en los lactantes y en los niños pequeños. En éstos pueden existir signos de otalgia, que suele manifestarse por irritabilidad, cambios en los hábitos de sueño o de alimentación y, en ocasiones, porque el niño se lleva las manos a las orejas o se da tirones de ellas. Sin embargo, el tirarse de la oreja *por sí solo* tiene poca sensibilidad y especificidad. También puede haber fiebre, que en ocasiones puede ser el único signo. La rotura de la membrana timpánica (MT) con otorrea purulenta es infrecuente. Asimismo, existen síntomas sistémicos y de afectación de las vías respiratorias altas, aunque a veces el niño está asintomático y la OMA se descubre en un reconocimiento médico rutinario. La OMD no se suele acompañar de una sintomatología muy llamativa, pero suele asociarse a una hipoacusia, que puede manifestarse como alteraciones de los patrones del habla, pero a menudo no se detecta si es unilateral o leve, sobre todo en los niños más pequeños. La OMD también puede asociarse a alteraciones del equilibrio o a desequilibrio, y los niños más mayores pueden referir molestias leves o una sensación de plenitud en el oído

**Diagnóstico:** Las directrices de 2013 de la Academia Americana de Pediatría para el diagnóstico de OMA son más restrictivas que las previas (2004). Las directrices de 2004 utilizaban una definición basada en tres componentes: 1) inicio agudo de síntomas, 2) presencia de DOM y 3) signos de inflamación aguda del oído medio. La Academia Americana de Pediatría consideró en 2013 que esta definición carecía de la precisión suficiente, por lo que podría incluir casos de OMD y/o que se estableciese el diagnóstico de OMA sin visualizar la MT. El diagnóstico de OMA según las directrices de 2013 debería realizarse en los niños que presenten:

- ◆ Un abombamiento moderado o intenso de la MT u otorrea

de inicio reciente no causada por otitis externa.

◆ Un abombamiento leve de la MT y otalgia o eritema intenso de reciente aparición (<48 h).

El diagnóstico de OMA *no* debe realizarse en niños sin DOM. La OMA y la OMD pueden evolucionar de la una a la otra sin una clara diferencia en los hallazgos físicos; hasta cierto punto es arbitrario cualquier esquema para establecer una diferenciación entre ellas.

**Tratamiento:** Tratamiento de la otitis media aguda

La OMA puede ser muy dolorosa. Tanto si se emplean antibióticos como si no para el tratamiento, el dolor debe evaluarse y tratarse si está presente. Los episodios individuales de OMA se han tratado tradicionalmente con antibióticos. La preocupación en cuanto al incremento de las resistencias bacterianas ha estimulado a algunos autores a recomendar restringir el tratamiento antibiótico en algunos casos (o en la mayoría de ellos) hasta que los síntomas persistan durante 2-3 días o empeoren.

**Bibliografía:**

- Francisca Larach. (2016). OTITIS EXTERNA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. 20-04-2021, de Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-externa-diagnostico-y-manejo-S0716864016301250>
- Joseph Haddad Jr. y Sarah Keesecker. (2016). Otitis externa. En NELSON, tratado de pediatría (4356-4358). 2016: ELSEVIER.
- Joseph E. Kerschner y Diego Preciado. (2016). Otitis media. En Nelson tratado de pediatría (3219-3227). Barcelona, España: ELSEVIER.