



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“OTITIS EXTERNA (BACTERIANA Y MICOTICA) Y
OTITIS MEDIA”**

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

OTITIS EXTERNA

DEFINICION

La otitis externa es una infección e inflamación del conducto auditivo externo.

EPIDEMIOLOGIA

La otitis externa constituye entre el 5% y 30% de las consultas de urgencia ORL y afecta al 10% de la población al menos 1 vez en la vida. La gran mayoría son de causa bacteriana, sólo el 15% a 20% son atribuidas a hongos

FACTORES DE RIESGO

La otitis externa puede ser causada por infección, alergia o trauma.

Los niños son propensos a introducir objetos extraños en el conducto auditivo externo que pueden macerar e infectar la cubierta cutánea del conducto externo. La otitis externa difusa aguda u oído de nadador se produce en climas calientes húmedos. La otitis externa maligna o invasiva afecta a pacientes diabéticos, inmunodeprimidos y debilitados.

CLASIFICACION

Las infecciones del conducto auditivo externo (CAE) pueden dividirse en cuatro categorías: otitis externa localizada aguda, otitis externa difusa aguda, otitis externa crónica y otitis externa maligna.

ETIOLOGIA

La microbiota del conducto auditivo externo responsable de la otitis externa es parecida a la de la piel de otras regiones, con especies de estafilococos y bacterias anaerobias.

La *Pseudomonas aeruginosa* es una causa frecuente de oído de nadador y de otitis externa maligna.

Los agentes que producen otomicosis son generalmente especies fúngicas saprofitas que abundan en la naturaleza y que forman parte de la flora comensal del CAE sano. Las especies de *Aspergillus*, sobre todo *A. niger*, pueden crecer en el cerumen y los restos queratínicos descamados en el CAE, en ocasiones formando una colonia algodonosa verdosa o negruzca visible. En pacientes inmunodeprimidos *Aspergillus* puede causar una otitis externa necrosante. *Candida albicans* es una causa frecuente de otitis externa en los niños con candidiasis mucocutánea crónica.

DIAGNOSTICO

MANIFESTACIONES CLINICAS

La otitis externa localizada aguda puede producir una pústula o un forúnculo asociado a los folículos pilosos, el CAE aparece eritematoso, edematoso y puede mostrarse ocupado por pus y escamas de restos cutáneos. *S. aureus* es el patógeno más frecuente.

La otitis externa difusa aguda (oído de nadador) se identifica por edema, tumefacción y eritema de la pared del conducto. El oído pica y aparece un dolor creciente. Los bacilos gramnegativos, sobre todo *P. aeruginosa*, pueden desempeñar un papel significativo.

La otitis externa crónica se debe a la irritación por el drenaje a través de mía membrana timpánica perforada. La causa subyacente es una otitis media supurativa crónica. El prurito puede ser intenso.

La otitis externa maligna se asocia a dolor intenso espontáneo y a la palpación de los tejidos alrededor del pabellón auditivo y en la mastoides; puede haber pus en el conducto. Se puede desarrollar una enfermedad potencialmente mortal por su extensión al hueso temporal y desde allí al seno sigmoideo, el bulbo de la yugular,

la base del cráneo, las meninges y el cerebro. Es común la parálisis facial permanente y también pueden estar afectados los nervios craneales 9, 10 y 12.

El diagnóstico de otitis externa micótica es clínico basado en los síntomas, características de la otorrea y presencia de hifas.

TRATAMIENTO

En la otitis externa localizada aguda el calor local y los antibióticos suelen curar esta enfermedad. La incisión y el drenaje pueden ser necesarios para eliminar el dolor intenso.

El oído de nadador puede tratarse con limpieza suave para eliminar los restos, como el lavado con agua templada del grifo, puede mejorar los síntomas. Otra opción es utilizar la irrigación con suero salino hipertónico (3%) y la limpieza con una mezcla de alcohol (70-95%) y ácido acético, debería ser la medida inicial. Para reducir la inflamación pueden utilizarse soluciones hidrófilas, como la solución de Burrow al 50%, durante 1-2 días. Para reducir la inflamación local y la infección resulta eficaz aplicar durante 10 días una solución ótica de fluoroquinolona, como el ofloxacino o el ciprofloxacino-dexametasona ótica, o gotas óticas de neomicina sola o con polimixina combinada con hidrocortisona.

En la otitis externa crónica el tratamiento se dirige a resolver la alteración del oído medio

Para tratar la otitis externa invasiva ("maligna") ha de limpiarse el conducto, eliminar el tejido muerto y aplicar gotas de antibióticos antipseudomonas combinados con esteroides en el CAE. Tiene que administrarse un tratamiento sistémico con agentes que tengan actividad frente a *Pseudomonas* spp. durante 4-6 semanas. Una buena alternativa es la combinación de ceftazidima, cefepima o piperacilina con un aminoglucósido (gentamicina o tobramicina)

El tratamiento de la otitis externa micotica habitualmente consiste en aseo local asociado a antimicótico tópico.

OTITIS MEDIA

DEFINICION

La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad aguda marcada por la presencia de líquido en el oído medio y de inflamación del revestimiento mucoso del espacio del oído medio. El líquido puede persistir en el oído medio durante semanas a meses después de una OMA con tratamiento apropiado y se denomina otitis media con derrame (OMD).

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA

Las cifras máximas de incidencia y prevalencia de OM se producen durante los 2 primeros años de vida. La incidencia más alta de OMA se produce a los 6-24 meses de edad. Después la incidencia disminuye con la edad, excepto por una inversión transitoria de la tendencia descendente en los niños de 5 y 6 años que comienzan a ir al colegio. La otitis media es poco frecuente en los adultos

FACTORES DE RIESGO

Los niños con riesgo de otitis media grave y recurrente suelen ser del sexo masculino, con una predisposición genética a las infecciones del oído y pueden acudir a guarderías donde están expuestos a numerosos virus y bacterias patógenas. Así como cambios anatómicos (fisura palatina, úvula bífida, hendidura submucosa).

CLASIFICACION

Otitis Media Aguda (OMA)

Es una enfermedad aguda caracterizada por la presencia de líquido en el oído medio e inflamación de la mucosa que reviste el espacio del oído medio

Otitis Media con Derrame (OMD)

Se define por la presencia de líquido en el oído medio sin signos agudos de enfermedad ni de inflamación de la mucosa del oído medio. Suele ser secundaria a una OMA, pero también puede deberse a mi barotramna o a alergia.

ETIOLOGIA

Las bacterias patógenos más frecuentes en todos los grupos de edad son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. *S. pneumoniae* sigue siendo la principal causa bacteriana de otitis media en la mayor parte del mundo

Otras causas menos frecuentes de OMA son *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus* del grupo A y *Staphylococcus aureus*. Los virus respiratorios son causas frecuentes de OMA, solos o asociados a bacterias.

DIAGNOSTICO

MANIFESTACIONES CLINICAS

La OMA es una enfermedad aguda con líquido en el oído medio y abombamiento o disminución de la movilidad e inflamación de la membrana timpánica. Los signos y síntomas pueden ser específicos, como la otalgia, otorrea o hipoacusia, o inespecíficos, como fiebre, letargo o irritabilidad. Puede haber vértigo, nistagmo y acúfenos. El enrojecimiento de la membrana timpánica es un signo precoz de otitis media, pero el eritema por sí solo no sirve para el diagnóstico de una infección del oído medio. La presencia de líquido en el oído medio se determina utilizando un otoscopio neumático, una técnica que permite evaluar la movilidad de la membrana timpánica.

El diagnóstico de OMA según las guías de la American Academy of Pediatrics 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).

Los pacientes con derrame en el oído medio presentan una hipoacusia de gravedad variable. La aspiración con aguja del derrame del oído medio (timpanocentesis) para definir las características microbiológicas de la enfermedad debe considerarse en determinados pacientes: los que están gravemente enfermos en el momento de la presentación, aquellos que no respondan al tratamiento antimicrobiano inicial en 48-72 horas y presentan signos tóxicos y los pacientes con alteraciones de las defensas

En la OMD el abombamiento de la MT puede ser escaso, ausente, o puede aparecer el tímpano retraído; tampoco existe eritema o puede ser muy leve, También se visualizan por de trás del tímpano tanto niveles hidroaéreos como burbujas de aire perfiladas por pequeñas cantidades de líquido, lo cual a menudo es indicativo de una resolución inminente. La OMD no se suele acompañar de una sintomatología muy llamativa, pero suele asociarse a una hipoacusia de conducción.

TRATAMIENTO

El antibiótico de elección en los pacientes con OMA es la amoxicilina en dosis altas. Si la amoxicilina no es efectiva debe administrarse amoxicilina-ácido clavulánico o ceftriaxona parenteral. Algunos niños con OMA mejoran sin antibióticos. La colocación de drenajes (tubos de ventilación) puede estar justificada en niños con episodios graves y recurrentes de OMA.

Bibliografía

Manual CTO de otorrinolaringología. 3a Edición. Grupo CTO editorial.