



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

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

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 7º**

**UNIDAD: 2**

**DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS  
COMPLEMENTARIAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, ABRIL  
2021**

## OTITIS EXTERNA

### DEFINICION

El término otitis se refiere a la inflamación del oído, puede presentarse de manera aguda o crónica y tener o no síntomas asociados. La otitis externa es una infección e inflamación del conducto auditivo externo que puede involucrar el pabellón auricular o la membrana timpánica, ocasionada por una infección secundaria a la ruptura de la barrera mecánica que proporciona el cerumen en presencia de aumento de la temperatura y humedad.

La otomicosis se define como una infección aguda, subaguda o crónica que afecta al epitelio escamoso del conducto auditivo externo, causada por levaduras y hongos filamentosos.

### EPIDEMIOLOGIA

La otitis externa es una entidad muy común a nivel mundial, la incidencia exacta no se conoce pero el 10% de la población considera que ha sido afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida.

La gran mayoría son de causa bacteriana, sólo el 15% a 20% son atribuidas a hongos. La infección micótica es poco común en la otitis externa aguda y muy frecuente en las formas crónicas o después del tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos de las agudas

### FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo se encuentran clima húmedo, instrumentalización del oído, inmunosupresión, embarazo, corticoides sistémicos, audífonos sin ventilación, trauma repetido infección, alergia. Más recientemente se han agregado autoinoculación desde una dermatomicosis, nadar y otros más controversias como conformación del CAE, presencia de cerumen, cirugía otológica con canal *wall down* y uso reciente de gotas tópicas con antibióticos y/o esteroides

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 4 categorías: otitis externa localizada aguda, otitis externa difusa aguda, otitis externa crónica y otitis externa maligna.

## ETIOLOGIA

Cerca del 98% de los casos de otitis externa aguda en Norteamérica son de tipo bacteriano, los patógenos más comunes son *Pseudomonas aeruginosa* (20% a 60%) y *Staphylococcus aureus* (10% a 70%)

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

El diagnóstico de otitis externa aguda es clínico y requiere exploración otoscópica

## 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 la 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.

A diferencia de la otitis externa bacteriana, caracterizada por la presencia de supuración francamente purulenta, los síntomas de la otitis externa fúngica suelen ser inespecíficos. Las manifestaciones clínicas más habituales son: prurito, en ocasiones, dolor, descamación del epitelio y, a menudo, hipoacusia, cuando el conducto es ocluido por un tapón de hifas, cerumen y restos epiteliales. En la mayoría de los casos la membrana timpánica está respetada y raramente se perfora. La candidosis del conducto auditivo externo se caracteriza por la presencia de un epitelio húmedo e inflamado, con pequeños agregados blanquecinos irregularmente repartidos, que se adhieren al epitelio y la presencia de un exudado seroso inodoro. Suele cursar con escozor y prurito, e incluso dolor moderado.

El diagnóstico clínico de las otomicosis se realiza mediante exploración física con otoscopio y biomicroscopio. El diagnóstico se establece cuando el examen microscópico directo del material ótico y el cultivo fúngico son positivos.

## TRATAMIENTO

Como tratamiento de elección aplicar 5 gotas de neomicina-polimixina B-fluocinolona en el oído afectado cada 8 horas durante 7 días.

No se recomienda la aplicación exclusiva de esteroide ótico tópico, siempre debe administrarse en combinación con antibióticos tópicos óticos. No se recomienda indicar analgesia tópica ótica.

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 micótica habitualmente consiste en aseo local asociado a antimicótico tópico. El tratamiento de las otitis fúngicas invasivas requiere, en primer lugar, el control de la enfermedad de base y de los factores predisponentes, siempre que sea posible. El tratamiento requiere medidas quirúrgicas y aplicación de antifúngicos efectivos (anfotericina B intravenosa). Como tratamiento de mantenimiento se puede emplear el itraconazol por su buen espectro de actividad, que incluye a *Aspergillus*.

## **OTITIS MEDIA**

### **DEFINICION**

La otitis media es una enfermedad del oído medio. 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. Su incidencia es mayor durante los meses de invierno y disminuye en el verano.

#### **FACTORES DE RIESGO**

La OMA es causada por múltiples factores, que alteran la función de la trompa de Eustaquio y se incluyen: infecciones, alergia o barotrauma, las cuales estimulan la mucosa del oído medio y las células inflamatorias para la liberación de mediadores que ocasionan inflamación, con lo que las bacterias y los virus de la nasofaringe

(normalmente eliminadas por los movimientos celulares), alcanzan el oído medio y condicionan OMA.

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.

## 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.

### **Otitis Media Recurrente**

Presencia de 3 episodios de otitis media aguda en seis meses, o 4 en un año, o 2 cuadros diferentes con un mes entre ellos.

## 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

El diagnóstico clínico de otitis media se lleva a cabo por la demostración de líquido en el oído medio mediante otoscopia neumática. Se requiere una timpanocentesis para establecer un diagnóstico etiológico, pero este procedimiento no se lleva a cabo de modo habitual.

## 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 detrás 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

En los pacientes de menor edad (<2 años) se recomienda tratar todos los casos de diagnóstico confirmado de OMA. En los niños muy pequeños (<6 meses) deben tratarse incluso los casos sospechosos de OMA, debido al mayor potencial de morbilidad significativa de las complicaciones infecciosas. En los niños de 6-24 meses, en quienes el diagnóstico de OMA es dudoso, pero que presentan una enfermedad grave (fiebre >39 °C, otalgia intensa o aspecto tóxico), también se recomienda el uso de antibióticos. Sin embargo, los niños de este grupo de edad en quienes el diagnóstico es cuestionable o la enfermedad no es grave pueden observarse durante 2-3 días con un seguimiento estrecho. En los niños mayores de 2 años podría considerarse la observación en todos los episodios de OM no grave o en aquellos de diagnóstico dudoso, reservando el tratamiento antibiótico para los episodios confirmados y graves de OMA.

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. Generalmente, se establece que la duración del tratamiento de la OMA debe ser de 10 días. La colocación de drenajes (tubos de ventilación) puede estar justificada en niños con episodios graves y recurrentes de OMA.

No se recomienda el uso de gotas óticas, con o sin antibiótico, gotas nasales, mucolíticos o antihistamínicos, pues no aportan beneficios al tratamiento de la OMA.

## Bibliografía

1. Mandell, Douglas & Bennett. (2015). *Enfermedades infecciosas: Principios y práctica*. Barcelona, España: Elsevier.
2. García-Martos, P., García-Agudo, R., Domínguez, I., & Noval, JA.. (2001). *Otomycosis: aspectos clínicos y microbiológicos*. Revista de Diagnóstico Biológico, 50(1), 17-22. Recuperado en 30 de marzo de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-79732001000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732001000100003&lng=es&tlng=es).
3. *Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Externa Aguda en Adultos*. México: Secretaría de Salud, 2010.
4. *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica*. México: Secretaría de Salud, 2011