

OTITIS EXTERNA (BACTERIANA Y MICOTICA) Y OTITIS MEDIA



Clinicas medicas complementarias

Docente: Dr. Ricardo Acuña

Alumna: Nidia Gabriela Valdez Calderón

La otitis externa puede manifestarse como un forúnculo localizado o como una infección difusa de todo el conducto (otitis externa aguda generalizada). Esta última a menudo se denomina oído de nadador; la combinación de agua en el conducto y el uso de hisopos de algodón es el principal factor de riesgo. La otitis externa maligna es una osteomielitis grave (en general por Pseudomonas) del hueso temporal, producida por Pseudomonas que suele afectar a pacientes mayores, diabéticos e inmunocomprometidos.

Etiología

La otitis externa difusa aguda suele ser causada por bacterias, como Pseudomonas aeruginosa, Proteus vulgaris, Staphylococcus aureus, o Escherichia coli. La otitis externa micótica (otomicosis), causada por Aspergillus niger o Candida albicans, es menos frecuente. Los forúnculos suelen ser causados por S. aureus (y por S. aureus resistente a la meticilina [SARM] en los últimos años).

Los trastornos predisponentes incluyen

Lesión inadvertida del conducto causada por la limpieza con hisopos de algodón u otros objetos

Alergias

Psoriasis

Eccema

Dermatitis seborreica

Disminución de la acidez del conducto (posiblemente debido a la presencia repetida de agua)

Irritantes (p. ej., spray para el cabello, tinturas de cabello)

Los intentos de limpiar el conducto auditivo con hisopos de algodón pueden causar microabrasiones de la delicada piel del conducto auditivo externo (estas microabrasiones actúan como puertas de entrada para las bacterias) y pueden

empujar los detritos y la cera más profundamente en el conducto. Estas sustancias acumuladas tienden a atrapar agua y producen maceración de la piel, que favorece las condiciones para la infección bacteriana.

Signos y síntomas

Los pacientes con otitis externa tienen dolor y secreción. A veces, se produce una secreción maloliente e hipoacusia si el conducto se inflama o se llena con detritos purulentos. Un exquisito dolor acompaña la tracción del pabellón auricular o la presión contra el trago. El examen otoscópico es doloroso y difícil de realizar. Muestra que el conducto auditivo está eritematoso, inflamado y lleno de detritos purulentos húmedos y epitelio descamado.

La otomicosis es más pruriginosa que dolorosa, y los pacientes también se quejan de sensación de plenitud en el pabellón auricular. La otomicosis causada por *A. niger* suele manifestarse con puntos grises negruzcos o amarillos (conidióforos del hongo) rodeados por material similar al algodón (hifas del hongo). La infección causada por *C. albicans* no muestra hongos visibles, pero suele contener un exudado espeso, blanco cremoso, que puede asociarse con esporas de aspecto aterciopelado.

Los forúnculos producen dolor intenso y pueden drenar un material sanguinolento o purulento. Aparecen como una tumefacción eritematosa focal (espinilla).

Diagnóstico

Evaluación clínica

El diagnóstico de otitis externa se basa en la inspección. Cuando la secreción es abundante, puede ser difícil diferenciar la otitis externa de una otitis media aguda purulenta con perforación de la membrana timpánica; el dolor desencadenado por el tironeo del pabellón auricular puede indicar una otitis externa. La infección micótica se diagnostica por el aspecto o el cultivo.

Tratamiento

Desbridamiento

Ácido acético tópico y corticoides

A veces, antibióticos tópicos

En la otitis externa aguda leve y moderada, resultan eficaces los antibióticos y los corticosteroides tópicos. En primer lugar se debe eliminar los detritos infectados del conducto con suavidad y en su totalidad mediante aspiración o con hisopos secos bajo iluminación adecuada. Está contraindicada la irrigación del conducto con agua.

La otitis externa leve puede tratarse mediante la alteración del pH del conducto auditivo con una solución de ácido acético al 2% (o vinagre blanco) y aliviar la inflamación con hidrocortisona tópica; se administran 5 gotas 3 veces al día durante 7 días.

La otitis externa moderada requiere el agregado de una solución o suspensión antibacteriana, como ciprofloraxina, ofloxacina o neomicina/polimixina (el componente neomicina es muy sensibilizante y la alergia es frecuente). Cuando la inflamación del conducto auditivo es relativamente grave, debe colocarse una mecha de drenaje en el conducto auditivo impregnado con solución de Burow (acetato de aluminio al 5%) o un antibiótico tópico 4 veces/día. La mecha ayuda a dirigir las gotas más profundamente en el conducto auditivo externo cuando el canal está muy edematizado. La mecha se deja durante 24 a 72 horas (o podría caerse sola), tras lo cual la inflamación puede haberse reducido lo suficiente como para permitir la instilación de gotas directamente en el conducto.

La otitis externa grave o la presencia de celulitis que se extiende más allá del conducto auditivo puede requerir la administración de antibióticos sistémicos, como cefalexina, 500 mg por vía oral 4 veces al día durante 10 días, o ciprofloxacina, 500 mg por vía oral 2 veces al día durante 10 días. Durante las primeras 24 a 48 hs, puede ser necesario un analgésico, como un medicamento antiinflamatorio no esteroideo o incluso un opiáceo oral.

La otitis externa micótica requiere la limpieza cuidadosa del conducto auditivo y la aplicación de una solución antimicótica (p. ej., violeta de genciana, acetato de cresilato, nistatina, clotrimazol, o incluso una combinación de ácido acético e

isopropil alcohol). Sin embargo, estas soluciones no deben utilizarse si la membrana timpánica está perforada, ya que pueden causar dolor o daños graves en el oído interno. A veces se precisan limpiezas y tratamientos repetidos para erradicar por completo la infección.

Se recomienda mantener seco el oído (p. ej., usar gorra para el baño, evitar la natación) tanto para la otitis externa y otitis externa fúngica. También se puede usar un secador de pelo a baja velocidad para reducir la humedad en el conducto.

En un forúnculo, si presenta una punta evidente, se debe hacer incisión y drenaje. Sin embargo, la incisión es de escaso valor si el paciente consulta en un estadio temprano. Los antibióticos tópicos son ineficaces; deben administrarse antibióticos antiestafilocócicos orales. Los analgésicos, como oxicodona con paracetamol, pueden ser útiles para el alivio del dolor. El calor seco también puede disminuir el dolor y apresurar la resolución.

Otitis media aguda (su sigla en inglés es AOM). La infección del oído medio se produce abruptamente y provoca hinchazón y enrojecimiento. El líquido y el moco quedan atrapados dentro del oído y causan fiebre, dolor de oído y pérdida de la audición en el niño.

Otitis media supurativa (su sigla en inglés es OME). El líquido (supuración) y el moco siguen acumulándose en el oído medio después que disminuye la infección inicial. El niño puede experimentar pérdida de la audición y la sensación de tener el oído colmado.

Otitis media crónica supurativa (su sigla en inglés es COME). El líquido permanece en el oído medio por un período prolongado o regresa una y otra vez, aunque no hay infección. Puede provocar dificultades para combatir nuevas infecciones, y pérdida auditiva.

los síntomas más comunes de la otitis media. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

irritabilidad inusual

dificultad para dormir o permanecer dormido

tironearse de una o ambas orejas

fiebre

supuración de líquido de uno o ambos oídos

pérdida del equilibrio

dificultades auditivas

dolor de oídos

El tratamiento específico para la otitis media será determinado por el médico de su hijo basándose en lo siguiente:

la edad de su hijo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos

la gravedad del trastorno

la tolerancia de su hijo a determinados medicamentos, procedimientos o terapias

las expectativas respecto de la evolución del trastorno

su opinión o preferencia

El tratamiento puede incluir:

medicamento con antibióticos orales o gotas para el oído

medicamentos (para el dolor)