



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**SEGUNDA UNIDAD**

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS**

**COMPLEMENTARIAS**

**GRADO: 7**

**GRUPO: A**

**DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.**

**ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN.**

La otitis externa es una entidad clínica de alta incidencia en la población general. Por mucho tiempo fue más propia de los países tropicales, sin embargo, con el aumento de la frecuencia de viajes internacionales y la práctica de deportes acuáticos, se ha transformado en una consulta frecuente para pediatras, médicos familiares, urgenciólogos y otorrinolaringólogos. 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.

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. 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.

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 infecciones. 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.

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. La otitis media crónica supurada esto 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. La 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 un 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. La 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.

La otitis externa es una infección polimicrobiana. Los agentes etiológicos más frecuentemente aislados son *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*. Se aisló *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* juntos. El tratamiento antibiótico de elección en cuadros iniciales de otitis externa no complicada es la terapia tópica empírica. No se utiliza de regla la toma de cultivos. La gran mayoría de los casos se resolverá con gotas óticas de antibióticos con cobertura para *Staphylococcus Aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*. Existe diversidad de posibilidades en base a aminoglicósidos o quinolonas, que pueden asociarse a anestésicos tópicos, corticoides y soluciones acidificantes.

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. La otitis media aguda es consecuencia de una infección por virus o bacterias, en general como complicación de un resfriado común o de alergias. Aunque la otitis media aguda puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente en niños de edades comprendidas entre los 3 meses y los 3 años. La otitis media aguda suele aparecer en este intervalo de edad porque las estructuras del oído medio, como la trompa de Eustaquio, son inmaduras y no funcionan correctamente.

La otitis media supurada crónica suele manifestarse con hipoacusia de conducción y otorrea. El dolor es infrecuente, a menos que haya osteítis asociada del hueso temporal. La membrana timpánica está perforada y hay secreción, y el conducto auditivo está macerado y lleno de tejido de granulación. El paciente con colesteatoma presenta detritos blancos en el oído medio, una masa polipoide que drena y protruye a través de la perforación de la membrana timpánica y un conducto auditivo que aparece atascado con tejido de granulación mucopurulento.

La elevada incidencia y su forma recidivante se deben a la interacción entre los factores de riesgo, por ejemplo, las inmunodeficiencias, edad, alergia respiratoria, colonización nasofaríngea, no lactancia materna, guarderías, bajo nivel social, exposición al humo del tabaco y otros. Su control previene la evolución desfavorable, secuelas o recurrencias de las OMA. Se distinguen cuatro fases: hiperemia, abombamiento, perforación y de resolución. La otoscopia neumática y la timpanometría valoran la movilidad de la membrana timpánica y la presencia de contenido líquido en el oído medio.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*. Aunque se ha documentado el importante rol de los virus respiratorios. Las complicaciones que pueden producir las OMA pueden llevar a la muerte, y sus secuelas pueden originar pérdida de la audición que más tarde repercutirá en el desarrollo del lenguaje y el aprendizaje.

No se aconseja la prescripción inmediata del antibiótico y su uso profiláctico es controvertido, excepto en menores de dos años y/o con síntomas graves como fiebre mayor de 39°C. Otros autores recomiendan el uso temprano de la terapia antibiótica porque mejora el curso clínico, disminuyendo la sintomatología y la incidencia de complicaciones supurativas como la mastoiditis.

El diagnóstico de la otitis media supurada crónica suele ser clínico. Se realizan cultivos del material de drenaje. Cuando se presume un colesteatoma u otras complicaciones como en el caso del paciente febril o con vértigo u otalgia, se realiza una TC o una RM. Estos estudios pueden revelar procesos intratemporales o intracraneales por ejemplo laberintitis, erosión temporal o de los huesecillos, abscesos. Si los pacientes tienen tejido de granulación persistente o recurrente, se deben realizar biopsias para excluir la neoplasia recurrente.

Cuando se observa tejido de granulación, éste se extirpa con microinstrumentos o cauterización con barritas de nitrato de plata. Luego se instilan en el conducto auditivo ciprofloxacino al 0,3% y dexametasona al 0,1% durante 7 a 10 días. Cuando el tejido de granulación persiste o continúa recurriendo a pesar del tratamiento local adecuado, se debe realizar una biopsia para descartar una neoplasia. Las exacerbaciones graves requieren antibioticoterapia sistémica con amoxicilina, 250 a 500 mg por vía oral cada 8 horas durante 10 días, o una cefalosporina de tercera generación, que pueden modificarse de acuerdo con los resultados del cultivo y la respuesta al tratamiento.

En los pacientes con perforaciones marginales o del fondo del saco timpánico o con perforaciones centrales y crónicas de la membrana timpánica, está indicada la timpanoplastia. Asimismo, la alteración de la cadena de huesecillos puede ser reparada durante la timpanoplastia. Los colesteatomas deben ser extirpados quirúrgicamente. Dado que la recidiva es frecuente, la reconstrucción del oído medio suele diferirse hasta una segunda intervención de revisión realizada 6 a 8 meses más tarde.

## Bibliografía

Álvarez, A. N. (2011). *Otitis medias agudas: caracterización y factores de riesgo*. Madrid : Medwave.

Larach, F. (2016). *OTITIS EXTERNA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO*. Chile: Medline.