

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana

Nombre del alumno: Yamili Lisbeth Jiménez Arguello.

Nombre del docente: Dr. Adriana Bermúdez Avendaño.

Nombre del trabajo: Flash cards “Principales patologías”.

Materia: Clínicas quirúrgicas complementarias.

Grado: 7° Grupo: B.



PATOLOGÍAS DEL
OÍDO EXTERNO

PATOLOGÍA INFLAMATORIA

PERICONDRITIS DEL PABELLÓN AURICULAR

Proceden de infección del espacio subpericóndrico, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas y congelación.

Inicia en el pabellón, está enrojecido y edematoso, luego se forman abscesos subpericóndrico, que si persisten necrosan el cartílago (oreja en coliflor).



ERISIPELA

Dermoepidermitis del pabellón y de la región preauricular.

Cuadro clínico: roja, caliente, bordes elevados, adenopatías satélites, fiebre y malestar general.

La puerta de entrada es por heridas en la piel.

Provocado por estreptococos del grupo A y S. Aureus.

El tratamiento se lleva a cabo con vancomicina.



ZÓSTER OTICO (SÍNDROME DE RAMSAY HUNT)

Infección del nervio facial por el virus varicela zóster, con aparición de vesículas cutáneas. Característica en la concha auricular, CAE y membrana timpánica.

Cuadro clínico: otalgia, parálisis facial, afección del VIII del nervio craneal (vértigo e hipoacusia), si se desarrolla por completo.

OTITIS EXTERNA DIFUSA BACTERIANA

Dermoepidermitis de la piel del CAE, producidas por bacterias gramnegativas y S.Aureus.

Son factores que modifican el ph de CAE, como baño en piscinas (otitis del nadador), erosiones y limpieza del CAE con hisopos. Para prevenir la otitis externa aguda se recomienda durante el aseo otico diario evitar la manipulación del conducto auditivo externo con cualquier objeto.

OTOMICOSIS

Infección del CAE por hongos, principalmente *aspergillus* spp. y *cándida*, favorecida por el empleo prolongado de antibiótico, por manipulaciones, por entrada de agua y por otitis externas bacterianas previas.

Cuadro clínico: prurito intenso, otorrea densa, grumosa y blanquecina.

Tratamiento: limpieza frecuente de las secreciones.

OTITIS EXTERNA MALIGNA O NECROTIZANTE

Causado por *pseudomonas aeruginosa*, es típico en ancianos diabéticos y de inmunodeprimidos.

Cuadro clínico: otalgia intensa, otorrea persistente.

Requiere tratamiento hospitalario, con antibióterapia intravenosa prolongada (6 semanas) con cobertura antipseudomona (*imipenem*, *meropenem*, *ciprofloxacino*, *ceftazidima* o *cefepime*).

OTITIS EXTERNA ACCEMATOSA

Dermatitis con descamación del tercio externo del CAE, que evoluciona en brotes de prurito intenso.

Su tratamiento es tópico con pomadas o soluciones de corticoides.

MIRINGITIS BULLOSA

Infección por virus respiratorio o clásicamente *Mycoplasma* o *neumoniae* que afecta la membrana timpánica.

Produce ampollas de contenido hemorrágico en la membrana timpánica y paredes del CAE.

Provoca otalgia intensa que cede con la rotura de las ampollas, otorragia.

La curación espontánea es en tres o cuatro días.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

OTOHEMATOMA

Es la aparición en el pabellón auricular de una colección hemática subpericondríca tras un traumatismo.

El tratamiento, es siempre quirúrgico, con incisión, drenaje, vendaje compresivo, así como profilaxis antibiótica.

HERIDAS DEL PABELLÓN AURICULAR

Si son menores de 2cm, se realizará sutura directa, si la pérdida es mayor, precisará de injertos.

En arrancamientos o avulsiones del pabellón, si han transcurrido menos de 3 horas, se llevará a cabo sutura del fragmento, heparinización y cobertura antibiótica.

PATOLOGÍA TUMORAL DEL OÍDO EXTERNO

TUMORES BENINGOS

Los más frecuentes son los osteomas del CAE, en la unión timpanoescamosa, próximos al tímpano.

TUMORES MALIGNOS

Los más frecuentes son la carcinoma epidermoide y el epiteloma basocelular, localizandose con mayor frecuencia en el hélix por exposición solar con mayor afectación en tez blanca.

El tratamiento se basa en la extirpación con márgenes suficientes y la posterior reconstrucción.

PATOLOGÍA CONGÉNITA

QUISTES Y FÍSTULAS PREAURICULARES

Producidos por un cierre insuficiente de la unión entre el primer y el segundo arcos branquiales.

Aparecen como un quiste (coloboma auris) o una fístula, en la raíz del hélix.

Requiere tratamiento quirúrgico.

FÍSTULAS AURICULOCERVICALES

Por un defecto de fusión entre la primera hendidura y el primer arco branquial.

Se sitúan alrededor del ángulo mandíbular, siempre por encima del hueso hioides.

Su tratamiento es quirúrgico.

SÍNDROME MICROTIA-ATRESIA

Puede ser uni o bilateral, suele asociarse a una hipoacusia de conducción sobre todo en caso de atresia.

Se indica auxiliar auditivo de conducción óseo.

PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA

TAPONES DE CERUMEN

El cerumen que produce las glándulas ceruminosas y sebáceas del tercio externo del CAE (zona cartilaginosa) queda acumulado y retenido en el conducto.

Deben extraerse bajo visión directa con gancho abotonado o mediante irrigación con agua templada, siempre que no exista perforación timpánica.

TAPONES EPIDERMICOS

Lo que se acumulan son descamaciones epidérmicas en el tercio interno del CAE, que se adhieren y resultan difíciles de extraer.

CUERPOS EXTRAÑOS

La mayoría de los pacientes que lo tienen son niños, puede ser asintomáticos, pero si se impactan, ocasionan otalgia e hipoacusia.

La extracción se realiza bajo control otoscópico.



PATOLOGÍAS DEL OÍDO MEDIO

ALTERACIÓN DE VENTILACIÓN Y DRENAJE

OTOTUBARITIS

La obstrucción tubarica transitoria por procesos rinofaríngeos genera una hipopresion en el OM, que hipoacusia transitoria, sensación del taponamiento, autofonia.

El tratamiento se realiza con descongestionantes nasales y antiinflamatorios.

OTITIS MEDIA SEROMUCOSA O CON DERRAME

Inflamación del oído medio en la que existe una colección de líquido, en ausencia de síntomas y de signos de infección piogena aguda.

Cuadro clínico: sensación de taponamiento otico, hipoacusia de transmisión, chasquidos con la deglución y autofonía.

Para el manejo, se emplean vasoconstricciones y antiinflamatorio.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Es una infección aguda de la mucosa que tapiza las cavidades del oído medio.

Suele ser una infección monobacteriana y los gérmenes más habituales: *Streptococcus pneumoniae* y *H. Influenzae*.

La vía de propagación más común es la tubarica, con una diseminación retrógrada desde infecciones del tracto respiratorio superior hacia el oído.

OTITIS MEDIA CRÓNICA

Se trata de una inflamación crónica del oído medio que genera un cuadro de otorrea purulenta crónica o recidivante.

OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE, SUPURATIVA

Es la inflamación crónica y recidivante de la mucosa del oído medio, pero a diferencia del colesteatoma, no hay osteolisis de sus paredes.

COLESTESTOMA U OTITIS MEDIA CRÓNICA

Se trata de una inflamación crónica y no de un tumor, aunque tiene un comportamiento pseudotumoral.

Esta generada por la presencia de un epitelio queratinosa té en las cavidades del oído medio (preferentemente el ático).

OTITIS CRÓNICA ADHESIVA

Obstrucción tubarica crónica con membrana timpánica atrofica y retraída hasta adherirse al fondo de la caja timpánica y a la cadena osicular, desapareciendo así el espacio aéreo del oído medio, produce una hipoacusia de transmision progresiva.

Tratamiento se realiza con cirugía y estadios avanzados con prótesis auditivas.

TRAUMATISMO DEL OÍDO MEDIO

BAROTRAUMA

Lesiones producidas por aumentos de presión atmosférica en el aire (vuelos, descensos) o en el agua (submarinismo, en el descenso) no correctamente compensados con la apertura de la trompa por enfermedad tubarica.

El tratamiento es con antiinflamatorios, analgésicos y vasoconstrictores nasales y en casos persistentes, puede estar indicado la miringotomia con colocación de tubos de ventilación.

TÍMPANO- OSICULARES

Directos (hisopos, extracción de cuerpos extraños).

Indirectos exposición a una onda expansiva muy baja frecuencia que produce, en primer lugar, una onda positiva que se amortigua y luego una negativa, que es lo que ocasiona las lesiones.



PATOLOGÍAS DEL OÍDO INTERNO

PRESBIACUSIA

Enfermedad coclear más frecuente, suele producirse por lesión del órgano de Corti, con la pérdida de células ciliadas, sobre todo de la espira basal de la coclea.

Provoca una hipoacusia perceptiva bilateral simétrica de carácter progresivo irreversible y puede haber acufenos agudo.

El tratamiento se realiza con prótesis auditivas, entrenamiento auditivo y labiolectura.

HIPOACUSIA SÚBITA

Hipoacusia unilateral perceptiva, súbita (aparece en menos de 72 horas), acompañados de acufenos y alteración del equilibrio.

Lo más habitual es que sean idiopática.