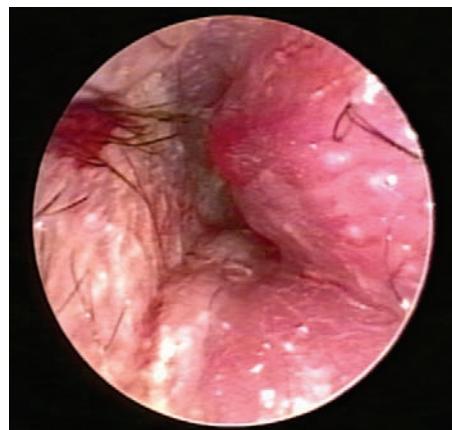


# Ejercicio clínico patológico

Rogelio M Antonio Chavolla Magaña\*

Paciente de sexo femenino de 16 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Desde hace cuatro días se queja de prurito y dolor intenso en el oído derecho, en la semana previa a la consulta médica actual, refiere haber practicado natación en el mar y en piscina. Se ha manipulado los oídos con hisopos. El dolor del oído derecho aumenta con la masticación y al tocárselo. Se queja de disminución de audición en este mismo oído.

Exploración física: pabellón auricular inflamado con huellas de otorrea seropurulenta. Conducto auditivo externo de oído derecho tumefacto, con disminución de su calibre, exudado amarillento, aumenta el dolor a la palpación y a la colocación del otoscopio. Adenopatía pre y retroauricular derechas (figuras).



\*Especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Profesor de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de la especialidad de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

Correspondencia:  
Rogelio M Antonio Chavolla  
Magaña  
rchavo@hotmail.com

Aten Fam 2012;19(1):22-24.

**1) ¿Cuál es el diagnóstico probable en este caso?**

- a) Otitis media aguda
- b) Otitis externa difusa
- c) Otitis micótica
- d) Furunculosis de conducto auditivo externo
- e) Herpes ótico

**2) ¿Qué datos del interrogatorio apoyan al diagnóstico?**

- a) Antecedentes de baño en la piscina y el mar
- b) Manipulación del conducto con hisopos
- c) Dolor a la movilización del pabellón auricular y a la masticación
- d) Edema del conducto
- e) Timpano íntegro

**3) ¿Cuál es el agente etiológico más frecuente de esta patología?**

- a) Moraxela catarrhalis
- b) Pseudomonas aeruginosa
- c) Aspergillus flavus o niger
- d) Herpesvirus
- e) Haemophilus influenzae

**4) La causa de hipoacusia en este cuadro es debido a:**

- a) Lesión del órgano de Corti
- b) Luxación de la cadena osicular
- c) Desequilibrio electrolítico de los líquidos laberínticos
- d) Obstáculo de la conducción sonora del conducto auditivo externo
- e) Perforación traumática de la membrana timpánica

**5) ¿Cuál sería el procedimiento terapéutico?**

- a) Paracentesis
- b) Lavado de oído
- c) Autolimpieza con hisopos
- d) Gotas óticas antibióticas previa limpieza de exudados
- e) Aplicación local de ungüentos antibióticos

Respuestas en la pág. 24.

## Otitis externa difusa. Definición

La Otitis Externa Difusa aguda (OED) es la inflamación del conducto auditivo externo que también puede comprometer al pabellón auricular y a la membrana timpánica en su cara externa.

## Clasificación

Otitis externa bacteriana difusa: es la más frecuente y se caracteriza por la inflamación de los elementos de la piel de todo el conducto auditivo externo y cara externa de la membrana timpánica, también involucra la dermis y la epidermis. En algunos casos se puede extender a otras estructuras externas al oído, como los cartílagos de la oreja y regiones periauriculares que en algunos casos son signos de complicaciones, sin embargo se presentan con poca frecuencia y en pacientes con compromiso inmunológico como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), diabetes, etcétera.

Otitis externa bacteriana circunscrita: es un proceso localizado que corresponde, desde el punto de vista dermatológico, a un furúnculo situado en la zona pilosa del conducto en región antero inferior del mismo; en muchas ocasiones se aprecia en el resto de los furúnculos un contenido purulento y dolor de intensidad variable, el cual depende de la distención presente, en otras ocasiones se desborda espontáneamente o por manipulación realizada por el paciente.

Otitis externa micótica: se caracteriza por un proceso inflamatorio difuso y es más frecuente en pacientes expuestos a climas cálidos y húmedos, los cuales realizan actividades acuáticas o con conductos estrechos, con mala aireación y antecedentes de rascado frecuente. También se puede asociar a tratamientos prolongados con base en medicamentos tópicos con esteroides y antibióticos. Desde el punto de vista clínico, el prurito es más intenso que el dolor, se aprecia con frecuencia otorrea de tipo hialino y sensación de plenitud ótica. La revisión microscópica de los frotis permite identificar colonias de micelios de diversos colores que dependen del tipo de hongo causante de la enfermedad, generalmente de la familia de los *Aspergillus*; las tipo *niger* presen-

tan hifas de color negro, las *flavus* amarillento cremoso y las *fumigatus* de color grisáceo. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es con base en gotas desecantes y antimicóticos tópicos. Es muy importante evitar el contacto con agua en el oído afectado.

En la otitis externa viral se pueden identificar tres cuadros clínicos:

**a.** La miringitis bullosa es la más frecuente y suele presentarse en invierno. Se asocia a los cuadros gripales por virus comunes. El motivo de consulta es una otalgia muy intensa que habitualmente ha producido otorrea serosanguinolenta, tras la cual es común la desaparición del dolor. A la exploración del oído se observan flictas de contenido serohemático, localizadas en la capa epitelial del timpano y que son las causantes del dolor. En ocasiones, si el dolor es muy intenso, se pueden drenar las flictas por punción. Esta maniobra debe hacerse utilizando el microscopio.

**b.** La otitis externa por herpes simple tipo I es un padecimiento poco frecuente, comúnmente se presenta en pacientes con inmunodeficiencia, SIDA, diabetes, enfermedades hematológicas, etc. El cuadro clínico se caracteriza por otalgia y prurito de intensidad variable. La exploración del conducto auditivo externo y la concha permite observar vesículas que evolucionan a lo largo de los días hacia costras, las cuales después se descaman; puede presentarse afección neurológica. El tratamiento, si la inmunosupresión no es muy severa, se puede hacer de forma tópica con cremas de aciclovir, o bien, en casos de enfermedad más grave con aciclovir o famciclovir oral o parenteral.

**c.** El herpes varicela-zoster en la otitis externa secundaria a la afectación por este virus se relaciona con la presencia del virus en el ganglio geniculado, situado en el primer codo del nervio facial (VII par craneal). En los casos graves se conoce como síndrome de Ramsay- Hunt que ocasiona hipoacusia súbita neurosensorial unilateral, con grados variables de vértigo y parálisis facial del lado afectado; se desconocen las causas que desencadenan la reactivación del virus.

El cuadro clínico se inicia con la aparición de vesículas en el territorio auricular

del nervio facial a nivel de concha y en el conducto auditivo en su parte más externa, aunque también pueden presentarse en todo el pabellón, en las regiones periauriculares y parte alta del cuello; incluso, en ocasiones, pueden presentarse en úvula, paladar y lengua. La otalgia es de moderada a intensa, con predominio de sensación de prurito y sensación urente. El tratamiento depende de la afectación neurológica. Si sólo se presentan las manifestaciones cutáneas, se trata de forma tópica con cremas de aciclovir. En casos graves, se administra tratamiento especializado, generalmente, con esteroides sistémicos y antibioticoterapia.<sup>1</sup>

## Epidemiología

La incidencia anual de OED es entre 1:100 y 1:250 en la población general,<sup>2,3</sup> con variaciones regionales según la edad y la región geográfica. Se estima que 10% de la población ha presentado al menos un cuadro de OED a lo largo de su vida.<sup>4</sup> En los Estados Unidos de Norteamérica, se prescriben 7.5 millones de recetas anuales por este problema de salud, lo que representa un gasto de 310 millones de dólares en medicamentos tópicos, sin incluir analgésicos ni antimicrobianos sistémicos.

## Etiopatogenia

La OED está asociada con ambientes cálidos y húmedos, lo que favorece la exposición al agua (por ejemplo, las actividades recreativas en el agua, baño y la sudoración excesiva). Los gérmenes causales más frecuentes son *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.<sup>5</sup>

Al inicio del cuadro se presenta una interrupción de la capa de cerumen del conducto auditivo externo, el cual posee cualidades hidrofóbicas, generalmente producidas por el paciente al intentar asearse con hisopos u otros objetos diversos.<sup>6</sup>

Esto expone a la piel subyacente directamente al rascado, a la humedad y a otros contaminantes, lo que da origen a un edema y excoriación de la capa epidérmica. La respuesta inflamatoria y la infección resultante provocan eritema y edema progresivo de las capas epiteliales, lo cual origina la sintomatología.

### Diagnóstico

La OED es un padecimiento detectado con relativa facilidad por el médico de primer contacto, ya que su curso clínico obedece a las características mencionadas respecto a su etiología en lo referente a la época del año, antecedentes de trauma local y actividades acuáticas.

### Síntomas y signos

Generalmente, los pacientes acuden a consulta con otalgia, la cual es de moderada a intensa y puede ser uni o bilateral. Suele acompañarse de otorrea, hipoacusia y dolor de la región periauricular y mandibular.

A la exploración, si es una presentación leve o moderada del Conducto Auditivo Externo (CAE), generalmente no se presentan signos externos, como pericondritis o reacción mastoidea. Se debe investigar un signo importante conocido como "signo del trago (+)", éste consiste en la presentación o aumento del dolor al presionar el cartílago auricular del trago (de forma triangular, localizado en la parte anterior de la desembocadura del CAE) signo muy constante en la otitis externa. El dolor que se presenta en los procesos relacionados con el oído medio, si bien puede ser muy intenso, no se modifica al presionar el trago; esto es un elemento útil en el diagnóstico diferencial. También es frecuente el dolor con la movilización del pabellón.

En la otoscopia el CAE se observa congestivo, eritematoso, muy doloroso al tacto o al introducir el otoscopio, con grados variables de estenosis, edema y otorrea, lo cual dificulta la visualización del timpano.

### Tratamiento

El tratamiento se administra según la gravedad del proceso. En los casos que no muestran signos de afectación a las estructuras vecinas y no tienen factores de riesgo, como padecimientos con compromiso inmunitario como diabetes, SIDA, problemas hematológicos, etc., se recomienda sólo un tratamiento tópico con base en preparados óticos con antibióticos de acción tópica, como neomicina y polimixina. En la actualidad, generalmente, se recomiendan las quinolonas como la ciprofloxacina y la ofloxacina. Con frecuencia estos preparados

están asociados con esteroides y anestésicos locales. Es necesario aplicar los medicamentos cada ocho horas durante seis a siete días. En ocasiones debe practicarse aseo del oído para retirar la detritus epiteliales y las secreciones, este aseo debe realizarse, preferentemente, con ayuda del microscopio y aspiración, si no se cuenta con este instrumento, debe intentarse con algodón y una buena fuente de luz. Ante un CAE estenosado u ocluido por la inflamación dérmica, los medicamentos no penetran hasta la piel enferma. Es recomendable colocar una férula en el conducto con una mecha de algodón, la cual se mantiene en contacto con la zona enferma y debe mantenerse húmeda con el medicamento. Una vez que disminuye la inflamación se continúa el tratamiento con la aplicación local del fármaco en gotas; éste debe incluir aintinflamatorios no esteroideos por vía oral.

Si se presentan datos de extensión de la infección a estructuras vecinas, el tratamiento con antimicrobianos deberá ser sistémico y por vía oral. Se debe indicar al paciente mantener los oídos afectados libres de exposición al agua al bañarse y evitar los deportes acuáticos hasta que el cuadro remita.

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de complicaciones, sobretodo en pacientes inmunocomprometidos, quienes tienen alto riesgo de extensión sistémica de la infección y ante esta sospecha se recomienda atención especializada.<sup>7</sup>

### Prevención

Recomendar a los pacientes evitar el traumatismo al CAE provocado por el rascado y la autolimpieza con objetos diversos, como horquillas para el pelo o hisopos. En los pacientes con prácticas de deportes acuáticos permanentes o frecuentes es conveniente el uso de tapones para nadar.

### Pronóstico

En general es bueno para los pacientes con buen estado de salud, sin embargo puede ser malo en pacientes con antecedentes de problemas sistémicos, por lo que se deberán extremar precauciones y atención especializada temprana en estos pacientes.

### Vigilancia y seguimiento

Indicar al paciente que acuda a urgencias en caso de presentar cualquiera de los siguientes síntomas de alarma:

- Incremento de dolor o ausencia de mejoría después de 48 horas de tratamiento
- Persistencia de eritema y edema del pabellón auricular
- Aumento de la hipoacusia
- Fiebre

Citar a consulta de medicina familiar a los 10 días de iniciado el tratamiento, si persiste alguno de los signos o síntomas debe referirse a la interconsulta con el otorrinolaringólogo.<sup>8</sup>

### Perlas clínicas

Ante un paciente con dolor de oído, el primer paso es distinguir si es agudo, subagudo o crónico. Si el dolor es agudo o subagudo interrogar acerca de fiebre u otros síntomas concurrentes de una infección de vías respiratorias altas. El dolor crónico en el oído puede ser referido de órganos cercanos, como los problemas dentales o de disfunción de la articulación temporomandibular.<sup>9</sup>

### Referencias

1. Gil-Carcedo LM, Vallejo-Valdezate LA. El oído externo. España: Ergón, 2001.
2. Guthrie RM. Diagnosis and treatment of acute otitis externa: an interdisciplinary update. Ann Otol Rhinol Laryngol.1999;17:2-23.
3. Rowlands S, Devalia H, Smith C, et al. Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. Br J Gen Pract. 2001; 51:533-8.
4. Raza SA, Denholm SW, Wong JC. An audit of the management of otitis externa in an ENT casualty clinic. J Laryngol Otol. 1995;109:130-3.
5. Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis externa. Laryngoscope. 2002;112(7):1166-77.
6. Nussinovich M, Rimon A, Volovitz B, et al. Cotton-tipped applicators as a leading source of otitis externa. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004;68:433-5.
7. Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck. 2006;134:S4-23.
8. Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Externa Aguda en Adultos. México: Secretaría de Salud, 2010.
9. Sullivan DJ. Dolor de oído. En: Tierney L, Henderson MC. Historia clínica del paciente, método basado en evidencias. México:McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 137-43.