

Otitis externa maligna

Malignant External Otitis

Alejandro Centeno, Cristina Ducasse

Hospital Privado de Córdoba. Provincia de Córdoba. Argentina.

Correspondencia:

Alejandro Centeno
Servicio de Dermatología. Hospital Privado de Córdoba
Naciones Unidas 346. 5000 Córdoba. Argentina
e-mail: dermatologia@hospitalprivadosa.com.ar

Resumen

La otitis externa maligna es una infección del conducto auditivo externo que puede propagarse a hueso y tejidos blandos adyacentes. Poco frecuente, en general de etiología pseudomónica, compromete habitualmente a ancianos diabéticos.

Presentamos el caso de una mujer adulta joven y sana, con compromiso de ambos conductos auditivos y pabellones auriculares. En la literatura dermatológica consultada no encontramos casos publicados por lo que nos parece de interés considerar a esta patología en los diagnósticos diferenciales de las afecciones del pabellón auricular.

(Centeno A, Ducasse C. Otitis externa maligna. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(5): 317-319)

Palabras clave: otitis externa maligna, pseudomona, pabellón auricular.

Summary

The malignant external otitis (MEO) is an infection of the external ear conduct that can spread to the bone, internal ear and adjacent soft tissues. MEO is a rare condition of pseudomonic etiology, that usually involves diabetic old aged people.

We present the case of a healthy young adult woman with damage to external conducts ears. On the dermatology literature consulted we have no found similar published cases, so we consider of special interest towards this pathology in the differential diagnostic of external ear affections.

Key words: malignant external otitis, pseudomona, ear.

Entre las variadas patologías que pueden afectar el conducto auditivo externo y pabellón auricular la otitis externa maligna (OEM) debe tenerse en cuenta por la posibilidad de repercusión sistémica.

La OEM (también llamada otitis externa necrotizante), es una infección severa del conducto auditivo externo, a menudo provocada por *Pseudomona aeruginosa*. Proceso poco frecuente, suele comprometer a pacientes diabéticos, ancianos e inmunocomprometidos. De presentación generalmente unilateral, sin tratamiento, tiende a diseminarse a tejidos blandos y sistema nervioso central, pudiendo ser letal. Se presenta un caso de otitis externa maligna bilateral, en una mujer joven e inmunocompete,

Caso clínico

Mujer de 37 años de edad que concurre a nuestro servicio para evaluación de eccema agudo de ambos pabellones auriculares.

Como **antecedentes** refiere episodios recurrentes de otitis externa simple desde la infancia, tratados reiteradamente con antibióticos tópicos y sistémicos de amplio espectro. Para la higiene de los oídos utiliza de rutina, y desde varios años atrás, hisopos de algodón. Durante el mes previo a la consulta presenta algunos episodios de otalgia muy intensa y otorrea.

Al **examen físico** se observa edema importante de ambos pabellones auriculares y conductos auditivos, secreción, erosiones y costras sero-hemáticas (Figura 1). Se percibe además olor fétido de secreciones y dolor a la compresión del hueso mastoideos.

El **laboratorio** de rutina muestra parámetros normales, salvo una eritrosedimentación muy acelerada. La **biopsia** de piel del conducto auditivo externo es inespecífica. El **cultivo** de las secreciones permite aislar *Pseudomona aeruginosa*, sensible a colistín e imipenem. Se realiza TAC de peñascos que pone en evidencia signos de osteomastoiditis bilateral, engrosamiento de mucosas y disminución de la luz de ambos conductos auditivos externos (Figura 2).



Figura 1. Presencia de costras derohemáticas y erociones en pabellón auricular derecho y conducto auditivo externo.

Ante el diagnóstico de otitis externa maligna y conjuntamente con el Servicio de Infectología, a nuestra paciente la tratamos según antibiograma con imipenem a la dosis de 750 mg endovenoso lento, cada seis horas y durante cuatro semanas con mejoría completa del cuadro clínico.

Comentario

Hay pocos casos publicados de otitis externa maligna en la literatura dermatológica consultada. Epidemiológicamente, el 90% de pacientes con esta patología son ancianos con diabetes. Un grupo de riesgo menor está constituido por no diabéticos, entre los que se incluyen polimedicados[1]; siendo excepcional la afectación de niños inmunocomprometidos[2]. Sin embargo, la OEM puede observarse también en personas jóvenes y sanas como nuestra paciente[3]. Es importante señalar dentro de sus antecedentes múltiples tratamientos con antibióticos sistémicos y locales, como así también el uso regular y excesivo de hisopos para la limpieza de los conductos auditivos, condiciones que indudablemente favorecen la colonización de gérmenes como *Pseudomona*[4].

Los síntomas clínicos de la OEM a menudo son indistinguibles de los de la otitis externa simple[5] y consisten en otalgia muy intensa y en algunos casos otorrea maloliente. A diferencia de esta última, en general no se obtiene curación con el empleo de antibióticos tópicos.

La presencia de edema, secreciones malolientes y dolor en uno de ambos conductos auditivos, ocasionalmente extendido hacia pabellón auricular, son signos muy comunes descriptos en esta patología y que también observamos en nuestra enferma[6]. La imagen histopatológica inespecífica[7] de la muestra de piel estudiada descarta un eccema agudo.

El cultivo de las secreciones demuestra *Pseudomona aeruginosa*; siendo este germen el mismo hallado en el 95% de los casos publicados. En el resto de casos se informan prin-

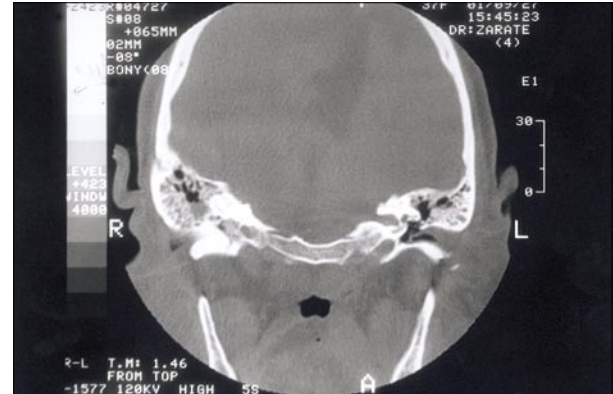


Figura 2. TAC de peñascos. En este corte se observa disminución de luz de conductos auditivos por engrosamiento de mucosa de los mismos junto con ocupación de celdillas mastoideas.

cipalmente *Aspergillus*[8], *Staphylococcus aureus*[9], *Proteus mirabilis*[10], *Klebsiella oxytoca*[11], *Pseudomona cepacia*[12], entre otros.

La *Pseudomona aeruginosa* es un microorganismo ubicuo, contaminante habitual del agua, incluso a veces del agua desinfectada. La introducción constante de hisopos en los conductos auditivos y sobre todo la irrigación de los mismos, practicado por nuestra paciente, es un antecedente relatado también por otros autores.

Los estudios por imágenes ocupan un lugar importante en esta patología y numerosas técnicas radiológicas son utilizadas en la valoración de estos pacientes. Procedimientos de localización anatómica como la tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear pueden ser útiles tanto para el diagnóstico como para seguimiento de estos pacientes[13]. La utilidad de los estudios por imagen nuclear es controvertida. La tomografía practicada en nuestra paciente confirma el diagnóstico y descarta el compromiso neurológico.

Previo al uso de agentes antipseudomónicos la mortalidad ascendía al 50%; con la introducción de los mismos, la mortalidad disminuyó un 20%, bajando a un 10% con el advenimiento de las quinolonas. Con estas últimas, muy eficaces por vía oral, también se reduce la estancia hospitalaria. En caso de infección fúngica es de elección la anfotericina B liposomal. Nuestra paciente resuelve su patología con imipenem-colistina. Además del tratamiento sistémico, se practica el desbridamiento quirúrgico de tejidos necróticos en varias sesiones. La paciente permaneció sin recidiva luego de seis meses de controles periódicos.

Consideramos de interés publicar este caso por tratarse de una entidad de importancia vital, muchas veces no tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las distintas patologías que afectan la piel del conducto auditivo externo y pabellón auricular[14].

Bibliografía

1. Babiatzki, A.; Sade, J.; Malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1987; 101: 205-10.
2. Rubin, J.; Yu, V.L.; Stool, S. Malignant external otitis in children. *J Pediatr* 1988; 113:965.
3. Cohen, D.; Borderline cases of malignant external otitis. *Am J Otol* 1990;11:209-11.
4. Zikk, D.; Rapoport, Y.; Himelfarb, M.; Invasive external otitis after removal of impacted cerumen by irrigation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 89.
5. Cohen, D.; Friedman, P.; Eilon, A.; Malignant external otitis versus acute external otitis. *J Laryngol Otol* 1987; 101: 211-5
6. Rubin, J.; Yu, V.L.; Malignant external otitis: insights into pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and therapy. *Am J Med* 1988; 85:391.
7. Bernheim, J.; Sade, J.; Histopathology of the soft parts in 50 patients with malignant external otitis. *J Laryngol Otol* 1989; 103: 366-8.
8. Muñoz, A.; Martínez-Chamorro, E.; Necrotizing external otitis caused by *Aspergillus fumigatus*: computed tomography and high resolution magnetic resonance imaging in an AIDS patient. *J Laryngol Otol* 1998; 112:98.
9. Bayardelle, P.; Jolivet-granger, M.; Laroche, D.; Staphylococcal malignant external otitis. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 155.
10. Coser, P.; Stamm, A.; Lobo, R.; Pinto, J.; Malignant external otitis in infants. *Laryngoscope* 1980; 90:312.
11. García Rodríguez, J.; Montes Martínez, I.; Gómez González, J. Et Al. A case of malignant external otitis involving *Klebsiella oxytoca*. *Eur J Microbiol Infect Dis* 1992; 11: 75.
12. Dettelbach, M.; Hirsch, B.; Weissman, J.; *Pseudomonas cepacia* of the temporal bone: malignant external otitis in a patient with cystic fibrosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 111:528.
13. Grandis, Jr.; Curtin, H.; Yu, V.L.; Necrotizing (malignant) external otitis: prospective comparison of CT and MR imaging in diagnosis and follow-up. *Radiology* 1995; 196:499.
14. Roland, P.; Marple, B.; Disorders of the external auditory canal. *J Am Acad Audiol* 1997;8:367-78.