

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- **Dr. Esteban Sánchez Gaitán**, Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Huetar Atlántica, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlin, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario José María Cabral y Báez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL MÉDICA ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail:
revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Otalgia en el adulto: diagnóstico diferencial en atención primaria de salud

Otalgia in adults: differential diagnosis in primary health care



¹Dra. Mariana Chaves De Simone

Área de Salud Mora - Palmichal, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-7870-664X>

Recibido
18/03/2021

Corregido
04/04/2021

Aceptado
20/04/2021

RESUMEN

La otalgia es un síntoma frecuente que puede ser causado por patología propia del oído (otalgia primaria) o por patología de otros sitios anatómicos que refieren el dolor al oído (otalgia secundaria). Al realizar el diagnóstico diferencial en atención primaria, resulta útil conocer que las causas más frecuentes de otalgia primaria son la otitis media y otitis externa, y en su defecto se deben considerar en primera instancia otras causas frecuentes como la disfunción de la trompa de Eustaquio o el barotrauma. Por otro lado, la otalgia secundaria, se debe con mayor frecuencia a causas odontológicas, faringitis o amigdalitis, trastornos de la articulación temporomandibular y neuralgias. Como etiologías de otalgia que ameritan referencia urgente se encuentra la arteritis temporal, complicaciones infecciosas e incluso infarto agudo al miocardio. También se deben considerar siempre factores de riesgo de cáncer, y consultar a un especialista en caso de sospecha o en caso de persistencia de los síntomas sin una etiología clara.

PALABRAS CLAVE: otalgia; atención primaria de salud; diagnóstico diferencial; otoscopía.

ABSTRACT

Otalgia is a common symptom that can be caused by pathology of the ear (primary otalgia) or by pathology of other anatomical sites that refer the pain to the ear (secondary otalgia). When making the differential diagnosis in primary care, it is useful to know that the most frequent causes of primary otalgia are otitis media and otitis externa, and in their absence, other frequent causes such as Eustachian tube dysfunction or barotrauma should be considered. On the other hand, secondary otalgia is more frequent due to dental causes, pharyngitis or tonsillitis, temporomandibular joint disorders, and neuralgia. Some etiologies of otalgia that merit urgent



referral include temporal arteritis, infectious complications, and “even”, acute myocardial infarction. Cancer risk factors should always be considered, and a specialist should be consulted in case of suspicion or in case of persistent symptoms without a clear etiology.

KEYWORDS: otalgia; primary health care; differential diagnosis; otoscopy.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR). Cód. [MED16820](#). Correo: marichds@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor localizado en el oído, u otalgia, es un motivo de consulta frecuente en atención primaria, para cuyo diagnóstico diferencial y abordaje se debe tomar en cuenta la edad del paciente, los factores de riesgo o patologías concomitantes, caracterización del dolor, tiempo de evolución y síntomas asociados. Una buena historia clínica y examen físico suelen ser suficientes para realizar una aproximación diagnóstica adecuada sobre la patología causante de otalgia (1).

La otalgia suele clasificarse como otalgia primaria, cuando el dolor es causado por una patología del oído, y otalgia secundaria, cuando el dolor es referido desde un sitio anatómico distinto al oído (1,2). En el caso de la otalgia primaria, la presentación es más común en niños y en el sexo masculino, se asocia más frecuentemente a otitis media aguda y otitis externa y suele diagnosticarse por medio de una otoscopía en consultorio. Por otro lado, la otalgia secundaria es más prevalente en adultos y en el sexo femenino, puede presentar un dolor de tipo intermitente con otros síntomas asociados, y requiere una exploración física más amplia, para lo cual es de utilidad recordar la distribución dermatómica de los nervios encargados de la sensibilidad del oído (1,3).

El pabellón auricular recibe su inervación sensitiva de los pares craneales V, VII y X y ramas de los nervios cervicales C2 y C3, el conducto auditivo externo de los pares craneales V, VII y X, la membrana timpánica de los pares VII, IX y X, y el oído medio de los pares craneales V, VII y X. Tomando en

cuenta estas raíces nerviosas, resulta lógico examinar las regiones anatómicas asociadas a los nervios que brindan, lo cual se abordará brevemente en el cuerpo de este artículo (1,2,4).

Más allá de profundizar sobre cada patología causante de otalgia y su abordaje terapéutico, esta revisión se enfoca en los datos clínicos que pueden orientar a realizar un mejor diagnóstico diferencial tomando en cuenta las causas más comunes de otalgia con las herramientas disponibles en el contexto de la atención primaria, así como enfatizar cuáles signos de alarma se deben tener presentes para una derivación oportuna de los pacientes que ameritan una valoración por parte de un especialista de forma inmediata o mediata.

MÉTODO

Este artículo consiste en una revisión bibliográfica apoyada en el uso de bases de datos enfocadas en ciencias de la salud con acceso a revistas indexadas y especializadas en el área de interés. Las bases de datos utilizadas incluyen Science Direct, EBSCO, PubMed, Clinical Key y OVID, dentro de las cuales se utilizaron los términos de búsqueda “Otalgia”, “Otalgia in primary care”, “causes of otalgia”, “otalgia differential diagnosis”, “otalgia red flags”, “head and neck cancer”. Se filtraron los resultados obtenidos por fecha de publicación, con el fin de obtener artículos elaborados en los últimos 5 años, y se priorizó el uso de fuentes que incluyeran información sobre el abordaje de la otalgia en el contexto de atención primaria. En total,

se realizó una revisión de 14 artículos en inglés y 1 artículo en español, conformados por revisiones bibliográficas, estudios caso-control y una presentación de caso.

CAUSAS DE OTALGIA PRIMARIA

Las prevalencia de las causas de otalgia primaria puede variar de lugar a lugar, sin embargo, una aproximación, realizada por Kim et al. en un estudio prospectivo realizado en Corea, es que el 78% de los casos de otalgia primaria recibe el diagnóstico de infección localizada en el oído, y mencionan que las causas de otalgia primaria, de mayor a menor frecuencia incluyen: otitis media crónica, otitis media aguda, patología del conducto auditivo externo, trauma, disfunción de la trompa de Eustaquio, Síndrome de Ramsay Hunt/parálisis de Bell, infección auricular, miringitis, cerumen impactado y otros (3). A continuación, se detalla la clínica de algunas de estas causas.

- **Otitis externa:** tiene una prevalencia de alrededor de un 1% de las consultas de atención primaria anuales. Es la causa más frecuente de otalgia recurrente en adultos y suele ser causada por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* y en casos raros por otomicosis. Los pacientes suelen tener una historia de exposición a agua contaminada (piscinas) y/o uso de audífonos que se insertan en el oído. Esta entidad se presenta con dolor a la movilización del pabellón auricular y el trago, siendo este un dato clínico fundamental. Pueden asociar descarga purulenta maloliente, prurito, hipoacusia y dolor al recostarse sobre el oído afectado o con la colocación del otoscopio. A la inspección se puede observar edema, eritema y alteraciones cutáneas en el conducto auditivo externo, con una membrana timpánica sin alteraciones. Con un manejo

adecuado estos pacientes deben mejorar en 72 horas con una recuperación completa de hasta 2 semanas, sin embargo, una otitis externa severa puede complicarse con pericondritis y celulitis del oído externo (5,6).

- **Otitis media aguda:** es causada comúnmente por *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae*. Un antecedente de infección de vías respiratorias superiores es sugestivo. El paciente puede presentar dolor severo y profundo y en caso de laberintitis secundaria, mareos. En caso de ruptura de la membrana timpánica es común la presencia de descarga mucopurulenta no maloliente, que puede contener sangre. A la otoscopia, la observación de una membrana timpánica abombada, opaca y eritematosa es clave para el diagnóstico (2,4,5).
- **Barotrauma:** sospechar en pacientes con historia de exposición a cambios abruptos de presión, como volar en un avión o bucear. El dolor puede ser muy intenso, con sensación de plenitud e hipoacusia. A la otoscopia se observa retracción severa típicamente, aunque pueden encontrarse ruptura de la membrana timpánica, hemorragia de oído medio o líquido (1,2).
- **Disfunción de la trompa de Eustaquio:** de manera característica presentan sensación de plenitud o dolor a la palpación intermitentes y pueden escuchar crujidos debido a dificultad para regular presión del oído medio. La membrana timpánica se observa retraída. Se realiza diagnóstico por medio de un timpanograma (2,5).
- **Cuerpo extraño:** se observa más frecuentemente en niños y es común detectar el cuerpo extraño por medio de otoscopia, sin embargo, puede requerir

anestesia para una adecuada extracción (2).

- **Impactación de cerumen:** puede provocar dolor intenso y erosiones si el paciente trata de extraerlo o manipularlo, por lo que el dolor es superficial. Se puede brindar analgesia, gotas óticas y diferir su extracción (1).
- **Síndrome de Ramsay Hunt:** es una complicación otológica poco común de la reactivación del Virus Varicela Zoster (VZV), el cual se aloja y permanece latente en el ganglio geniculado del nervio facial tras la infección primaria. El paciente puede presentar hipoacusia, vértigo o acúfenos, y de forma clásica se describe la tríada clínica de otalgia prodrómica, vesículas en el pabellón auricular y en el conducto auditivo externo y parálisis facial ipsilateral. En raras ocasiones puede provocar polineuropatía craneal por invasión de varios ganglios o extensión hematógica, raquídea o perineural. La parálisis de Bell es un diagnóstico diferencial de este síndrome, en la cual el dolor suele ser menos severo y el examen físico, a excepción de la parálisis facial, es normal. Se recomienda tratamiento temprano con corticosteroides y antivirales, parchar ojo, utilizar colirio lubricante y realizar ejercicios faciales (2,4,7).
- **Foliculitis aguda:** es causada por bacterias Gram positivas que proliferan en un folículo piloso obstruido, por lo que se limita al conducto auditivo externo en su porción lateral. Puede abscedarse o evolucionar a pericondritis (1).
- **Mastoiditis:** es una complicación de la otitis media aguda (OMA) poco común en adultos, pero debe tomarse en consideración por su riesgo de evolucionar a sepsis. Se caracteriza por presentar dolor e incluso malestar general. Al examen físico se puede observar edema postauricular, con

eritema, sensibilidad y protrusión de aurícula, e incluso, edema posterosuperior del meato. amerita antibioticoterapia endovenosa, por lo que se debe referir (4,5).

- **Otitis externa maligna o necrotizante:** es causada principalmente por *Pseudomonas* sp., y puede amenazar la vida del paciente, ya que implica osteomielitis del hueso temporal. Se debe sospechar en caso de otalgia severa, dolor retroauricular, falta de respuesta al tratamiento previo, anomalías en pares craneales, en especial en pacientes inmunocomprometidos o diabéticos. Al examinar al paciente se puede encontrar inflamación y tejido de granulación en el aspecto inferior del canal auditivo externo (4,6).
- **Miringitis viral:** se presenta con otalgia abrupta y severa, hipoacusia, sensación de plenitud en oído. De manera típica se observan bulas hemorrágicas o serosas en la membrana timpánica lateral, que se pueden extender al conducto auditivo externo. Suele durar un par de días en mejorar, con el uso de analgesia y corticoides tópicos, pero puede evolucionar a otitis media aguda en 48 horas e incluso puede asociarse a meningitis viral, ya que se asocia a infecciones virales (2).
- **Neoplasias de oído externo:** solo un 8% de los tumores de cabeza y cuello se encuentran en la región auricular. La mayoría son carcinomas de células basales o de células escamosas. Como factores de riesgo se considera la exposición solar y la edad avanzada. Los tumores de pabellón auricular no suelen ser dolorosos, mientras que los del conducto auditivo externo pueden ser dolorosos y manifestarse como una otitis externa que no responde al tratamiento o como una lesión ulcerada irregular persistente (1).

- **Colesteatoma:** es una neoformación poco frecuente. Inicialmente es asintomática, pero eventualmente puede presentar sensación de plenitud, hipoacusia y otorrea persistente de mal olor. Se observa en estos casos una membrana timpánica muy retraída y crecimiento queratinoso, perlado o de costra de cerumen en la pared superior (2,5).

CAUSAS DE OTALGIA SECUNDARIA O REFERIDA

Las causas de otalgia referida, de acuerdo con el mismo artículo de Kim et al., son más variadas, pero de mayor a menor frecuencia, sin tomar en cuenta causas dentales, incluyen: faringitis o amigdalitis, lesión nasal, neuralgia, cefalea, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), lesiones orales, reflujo laringofaríngeo, trastornos de glándulas salivales, otros (3).

- **Causas odontológicas:** la inflamación e infección dentales son muy comunes y pueden ser responsables de hasta un 63% de los casos de otalgia secundaria, usualmente asociada a piezas dentarias posteriores, posiblemente asociada a dolor referido por el V par craneal (1,4). Presentan síntomas como dolor dental, y al examen físico se podrían encontrar caries, un absceso, gingivitis o edema facial, siendo los primeros dos los hallazgos más comunes (2). En caso de abscesos periapicales, los pacientes pueden carecer de manifestaciones orales en las etapas iniciales, pero pueden tener sensibilidad a la percusión suave con el baja lenguas. Se recomienda solicitar valoración dental en casos de otalgia sin origen claro o ante sospecha de una causa odontológica (1,8).
- **Faringitis o amigdalitis:** es una causa frecuente de otalgia debido a irradiación del dolor dada por el IX par craneal. El paciente se presenta con dolor de garganta, eritema faríngeo y puede asociar exudado en amígdalas. También se debe considerar la presencia de úlceras orales, especialmente en lengua posterior o amígdalas como etiología de otalgia referida (2).
- **Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM):** algunos autores mencionan que es la principal causa de otalgia referida en adultos, debido a su inervación por el V par craneal. Los síntomas otológicos se pueden presentar hasta en un 85% de los pacientes con trastornos asociados a la ATM, entre ellos otalgia, sensación de plenitud del oído, vértigo, hipoacusia y frecuentemente acúfenos, con audiometrías y otoscopías normales en la mayoría de los casos. Suelen asociar dolor en el sitio de la articulación, o a su alrededor, que se exacerba al realizar movimientos de la mandíbula. Al examen físico se podría encontrar dolor a la palpación de la articulación y de los músculos masticatorios, trismus, dificultad para lateralización o protrusión de la mandíbula, asimetría en su apertura o cierre y crépitos audibles o palpables al movilizar la articulación. Puede solicitarse valoración por parte de odontología (4,9).
- **Patología espinal cervical:** explicado por irradiación de las raíces nerviosas C2 y C3. Los pacientes con artritis cervical tienen historia de dolor al realizar movimientos de cuello, con disminución en arcos de movimiento y tensión en músculos paraespinales (2). Como síntomas patológicos, asocian dolor profundo en el oído y posiblemente sensación de plenitud y vértigo. Puede mejorar con antiinflamatorios y medidas físicas (1).
- **Neuralgia:** la más frecuentemente implica el nervio trigémino, pero también pueden asociar otalgia las neuralgias de

otros nervios craneales, con un dolor que concuerda con la distribución sensitiva de dicho nervio. Se caracteriza por ataques de dolor abruptos, severos, unilaterales, con una duración de no más de 2 minutos, episódico, sin déficit neurológico ni otras alteraciones al examen físico (2,4,9).

- **Reflujo de ácido laringofaríngeo:** puede provocar otalgia bilateral por irritación de los pares craneales IX y X (2,8). Asocian distonía y sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo y podrían observarse lesiones inflamatorias. Los síntomas empeoran con el uso de antiinflamatorios y pueden mejorar con cambios alimentarios e inhibidores de bomba de protones (1).
- **Tumores de cabeza y cuello:** 5% de tumores malignos de base de cráneo y 5% de los pacientes con neoplasias aerodigestivas se presentan como otalgia referida, aunque estos últimos suelen tener síntomas asociados (10). Todo cáncer de cabeza y cuello debe considerarse como una posible causa de otalgia en pacientes con un examen físico y otológico por lo demás normal, y se debe tener un índice de sospecha alto ante la presencia de factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, edad mayor a 50 años, infección por el Virus del Papiloma Humano, historia de radiación o pérdida de peso. La estirpe más frecuente es el cáncer de células escamosas (2,4). Los síntomas más comúnmente asociados a cáncer de cabeza y cuello, según la Sociedad Europea de Cabeza y Cuello, incluyen dolor en la lengua, úlceras orales que no sanan, placas blancas o eritematosas orales, odinofagia, disfonía, disfagia, masa en cuello, sensación de bloqueo nasal unilateral y epistaxis, y propone que ante la persistencia de uno más de estos síntomas por más de 3 semanas el

paciente debe referirse a un especialista en cabeza y cuello. Nieminen et al realizaron un estudio de cohorte con 242.211 pacientes en Finlandia, en el que se encontró que las malignidades de cabeza y cuello se presentaron con una frecuencia significativamente mayor en hombres mayores de 60 años con alguno de los síntomas mencionados y las neoplasias se encontraban, en orden de mayor a menor frecuencia, en cavidad oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, cavidad nasal y glándulas salivales, aunque es importante tomar en cuenta la prevalencia propia de cada ubicación geográfica (11).

- **Cáncer en cavidad oral:** 90% de los casos son carcinomas de células escamosas, y más del 50% se encuentra en la lengua o el suelo de la cavidad oral. Se presenta como una masa oral, úlcera que no sana, edema, o una placa blanquecina o eritematosa en la cavidad oral, siendo esta última de alto riesgo. Conforme avanza puede presentar mayor dolor, disfagia o afectación de nervios craneales. Siempre buscar metástasis a cuello o adenopatías (12).
- **Cáncer de orofaringe:** pueden presentarse como otalgia profunda e intensa y deben sospecharse en pacientes que asocian disfagia y odinofagia con antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol o pacientes en riesgo de infección por VPH (4,10). El virus del papiloma humano (VPH) se ha descrito como el principal factor etiológico de cáncer orofaríngeo, en especial carcinoma de células escamosas en base de lengua y amígdalas en EE. UU. y Europa. Pueden asociar dolor en la

- garganta, odinofagia, otalgia, disfagia o sensación de masa o presentarse únicamente como una masa en el cuello en casos más avanzados (12).
- **Cáncer de laringe:** corresponden al segundo cáncer respiratorio más común y su riesgo aumenta de manera dosis-dependiente con el consumo de tabaco y alcohol. El cáncer más frecuente se ubica en la región glótica, y el síntoma de presentación más común es la disfonía. El estudio de casos y controles realizado con 4986 sujetos por Shephard et al. evidenció que el valor predictivo positivo (VPP) de la disfonía para el cáncer laríngeo se eleva significativamente cuando la sintomatología es persistente, por lo que se debe instruir al paciente a re-consultar estos casos y dar seguimiento. Además, la otalgia recurrente figura junto a la disfagia, disnea y odinofagia recurrentes como síntomas que elevan el VPP, mientras que no se encontró asociación con masas en cuello y cáncer laríngeo (12,13).
 - **Cáncer en hipofaringe:** asociado a tabaco y consumo de alcohol. Suelen presentarse en etapas tardías con disfagia, disfonía y masa cervical (12).
 - **Cáncer nasofaríngeo:** es raro. su riesgo aumenta con la exposición a formaldehído, tabaquismo, consumo de nitrosaminas y la mayoría son carcinomas de células escamosas o indiferenciados. Se presentan en estadios tardíos con masas en cuello debido a metástasis, obstrucción o sangrado nasal, sensación de plenitud en el oído o descarga unilateral debido a obstrucción de trompa de Eustaquio. Debe sospecharse en todo paciente con hipoacusia o descarga unilaterales, amerita una endoscopia nasal (12).
 - **Masas benignas:** infecciosa, enfermedad autoinmune o reumatológica, quiste branquial en pacientes jóvenes, mucocele (asociado a trauma), tumores de tejido nervioso (schwannoma) igual deben referirse a internista (12).
 - **Adenopatía cervical:** pueden ser esperable si existe historia de infección de vías respiratorias superiores reciente y las adenopatías son dolorosas a la palpación, sin embargo, se recomienda realizar biopsia o imagen de adenopatías mayores de 1.5 cm que se prolonguen por más de dos meses (2).
 - **Trastorno de glándula salival:** de manera más frecuente se debe a parotiditis purulenta por deshidratación o un sialolito. Suele presentar dolor en región preauricular y glándulas parótidas aumentadas de tamaño (2).
 - **Sinusitis:** es una asociación inusual a la otalgia, aunque puede presentarse en relación con la inervación que reciben estas estructuras por parte del V par craneal. Pacientes con historia de infección de vías respiratorias superiores reciente, congestión, obstrucción nasal, rinorrea mucopurulenta, anosmia, dolor sordo fluctuante, fiebre (en casos agudos), y en ocasiones sensibilidad en los molares superiores. Se puede observar una mucosa nasal congestiva con secreción mucopurulenta. En caso de duda se recomienda imagen de cavidades paranasales (1,2).
 - **Arteritis temporal / arteritis de células gigantes:** es una vasculitis

granulomatosa de grandes vasos que afecta con mayor frecuencia a mujeres mayores de 50 años, con historia de claudicación mandibular, cefalea, pérdida de visión o diplopía, fiebre, astenia, pérdida de peso y posteriormente complicaciones por isquemia del sistema nervioso central. Al examen físico se puede encontrar sensibilidad aumentada en el recorrido de la arteria temporal u observar la arteria más prominente. Suele asociar elevación en la velocidad de eritrosedimentación de más de 50 mm/h y debe realizarse una referencia inmediata para toma de biopsia y tratamiento, ya que puede resultar en ceguera permanente de no iniciar corticosteroides de manera temprana (2,14).

- **Infarto agudo al miocardio (IAM):** los síntomas craneofaciales se pueden presentar como único síntoma de esta patología en hasta un 6% de los casos. Se han descrito casos de IAM que se presentan de forma atípica con otalgia bilateral sin angina, diaforesis o disnea en pacientes de alto riesgo, que resuelve tras cateterización. Lo anterior puede explicarse por la inervación de estructuras cardiacas y del oído externo por parte de ramas del X par craneal y en la mayoría de los casos la otalgia se acompaña de sensación de plenitud del oído. Considerar este diagnóstico en pacientes con riesgo coronario y signos vitales inestables y realizar diagnóstico diferencial con aneurisma de aorta torácica. Si se sospecha se debe iniciar inmediatamente protocolo de IAM (2,15).
- **Otras causas:** carotidina, dolor miofascial, tiroiditis subaguda, meningitis, hematoma subdural, cáncer de pulmón, vía central, aneurisma carotídeo, tumor de Pott, artritis cricoaritenoidea (2).

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

A pesar de que no existe un protocolo de acción bien definido para el abordaje de la otalgia, la mayoría de los autores coinciden en que se debe iniciar con una historia clínica, examen físico y otoscopia. Dentro de la historia clínica se deben incluir los antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente, factores de riesgo de cáncer, características del dolor y su tiempo de evolución, así como síntomas asociados, ya sea auditivos o de otros órganos que sugieran una otalgia referida. Por otra parte, el examen físico debe incluir inicialmente al menos inspección de oído externo, región pre y postauricular, pares craneales. Así, un dolor progresivo, con un tiempo de evolución corto, que no asocia síntomas de otros sistemas y tiene alteraciones al examen otológico, probablemente tiene una otalgia primaria. Por otro lado, pacientes con factores de riesgo de cáncer o de enfermedad coronaria, de edad avanzada, que asocian síntomas de otros sistemas, con una evolución más insidiosa y con examen otológico normal debe ser valorado más exhaustivamente en busca de una posible otalgia referida con un examen física completo de cabeza y cuello (2,4,5).

Wiley J menciona, en un estudio retrospectivo sobre su experiencia clínica con otalgia referida, la potencial utilidad clínica de la mnemotecnica de "las 13 Ts" en inglés, la cual puede funcionar como una forma de recordar los sitios anatómicos que deben examinarse ante la sospecha de otalgia secundaria, en casos de otalgia idiopática o en casos persistentes que no responden a tratamiento. Las 13 Ts incluyen el cuello (Torticollis o Tender neck), articulación temporomandibular (Temporomandibular joint), glándula tiroides y glándulas salivales (Thyroid), dientes (Teeth), lengua (Tongue), orofaringe (Tonsil), hipofaringe y laringe (Throat), V par craneal (Trigeminal), patología nasal

(Turbinates), nasofaringe (Tube), hueso temporal (Temporal bone), tráquea, y tórax (10).

MANEJO

El manejo de la otalgia dependerá de su causa, la cual se debe buscar siempre. Las infecciones de oído, que constituyen la principal causa, deben tratarse con analgesia, infección y recomendaciones conductuales, explicando al paciente el uso correcto del tratamiento. En caso de otitis crónica o recurrente considerar hisopado para estudio microbiológico, o replantear diagnóstico. En pacientes de bajo riesgo y sin signos de alarma, en los que no se ha encontrado una causa clara, se puede considerar dar tratamiento empírico con antiinflamatorios no esteroideos, dieta suave, y dar seguimiento. En cualquier caso, es ideal revalorar al paciente en busca de persistencia o empeoramiento de síntomas (2,4,5).

Algunas patologías, principalmente asociadas a otalgia referida, pueden ameritar estudios de imagen, audiometría, endoscopia nasal flexible, entre otros, sin embargo, es preferible referir al paciente a valoración por un especialista que defina la necesidad y la modalidad óptima de estudio (4).

Criterios de referencia

A pesar de que los criterios de referencia pueden variar entre instituciones, en términos generales se recomienda referir a valoración por un especialista a los pacientes con:

- **Otalgia persistente o inexplicada sin causa aparente y examen físico normal:** Debe ser valorado por un otorrinolaringólogo, ya que amerita nasolaringoscopia, y posiblemente otros estudios más especializados, como timpanometría (2,4).

- **Factores de riesgo asociados a malignidad con examen físico normal o equívoco:** valoración por otorrinolaringología (2).
- **Sospecha de causa odontogénica:** debe ser valorado por odontología o un especialista maxilofacial (2,4).
- **No hay respuesta esperable al tratamiento en el tiempo usual:** a manera de ejemplo, una otitis externa que tenga más de 2 semanas de evolución a pesar de tratamiento o que sea recurrente, debe ser valorada por obstrucción de trompa de Eustaquio o tumor nasofaríngeo por parte de un otorrinolaringólogo (4).
- **Alto riesgo coronario:** se recomienda realizar EKG, radiografía de tórax, troponinas en departamento de urgencias en caso de sospecha de síndrome coronario (2).
- **Factores asociados con arteritis temporal y VES mayor o igual a 50 mm/h:** amerita valoración inmediata por otorrinolaringología u oftalmología (2).
- **Sospecha de otitis externa necrotizante o maligna, celulitis que afecta el oído externo, pericondritis o tienen afectación sistémica:** deben ser referidos a un servicio de urgencias para valorar necesidad de hospitalización (5).

Señales de alarma

- **Síntomas orofaríngeos:** disfagia, disfonía, odinofagia, hemoptisis (4).
- **Factores de riesgo de cáncer:** pérdida de peso, antecedente de tabaquismo, consumo de alcohol más de 3.5 bebidas al día o 50g, infección por VPH, antecedente de cáncer, en especial en pacientes que asocian síntomas orofaríngeos o laríngeos, como disfagia o disfonía, persistentes (2,10,12).
- **Síntomas que progresan o persisten a pesar de tratamiento (2).**
- **Pérdida de audición súbita o progresiva (4).**

- **Síntomas oculares como pérdida de visión o fosfenos (4).**
- **Paciente inmunosuprimido o diabético, ya que pueden progresar rápidamente las infecciones (2,4).**
- **Signos vitales inestables:** algunas etiologías pueden provocar sepsis, se asocian a meningitis o a enfermedad coronaria (2).

CONCLUSIONES

La otalgia es un síntoma común en atención primaria que tiene un amplio diagnóstico diferencial, y a pesar de que en la mayoría de los casos se debe a una etiología benigna o infecciosa, resulta retador determinar en qué pacientes se debe solicitar mayor valoración, en especial, tomando en cuenta que algunas de las etiologías de otalgia pueden ser severas y presentarse de forma tardía o insidiosa. La atención de estos pacientes debe llevar un orden lógico, con un adecuado examen físico e historia clínica, desde las causas más probables localizadas en el oído, hasta las causas más complejas, referidas desde otros sitios, para facilitar de esta forma el diagnóstico diferencial.

Los signos de alarma que puedan asociarse a este síntoma deben tomarse siempre en consideración y despertar sospecha de una patología más severa, de un diagnóstico erróneo o de la necesidad de un abordaje especializado. Por otro lado, en los casos en los que no haya señales de alerta que ameriten referencia inmediata, es razonable brindar seguimiento al paciente, y referir en caso de persistir con los síntomas, en especial ante la presencia de factores riesgo para cáncer, síntomas orofaríngeos y/o un examen otológico normal.

A pesar de que se mencionaron algunos posibles criterios de referencia y signos de alarma, es importante que prevalezca el criterio clínico del médico, y preferir fallar a favor del paciente. Como recomendaciones para futuros estudios, un enfoque en la

epidemiología local, que documente las causas más frecuentes de otalgia en el país, podría contribuir a orientar el diagnóstico diferencial de este síntoma. Además, la definición de un protocolo o criterios de referencia estandarizados, podría ser una herramienta para la detección temprana de patologías que requieren pronta valoración por un especialista, a la vez que podría contribuir a evitar la saturación del nivel de atención secundaria con casos que no la ameriten.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Ried E. Otalgia, dolor en el oído. *Rev Med Clin Condes*. 2016; 27(6) 892-897
2. Earwood JS, Rogers TS, Rathjen A. Ear Pain: Diagnosing Common and Uncommon Causes. *Am Fam Physician*. 2018;97(1):20-27.
3. Kim SH, Kim TH, Byun JY, Park MS, Yeo SG. Clinical differences in types of otalgia. *J Audiol Otol*. 2015;19(1):34-38
4. Harrison E, Cronin M. Otalgia. *The Royal Australian College of General Practitioners*. 2016;45(7):493-497.
5. Finnikin S, Mitchell-Innes A. Recurrent otalgia in adults. *British Medical Journal*. 2016;354:i3917.
6. Sanyaolu LN, Farmer SE. Acute otalgia and otorrhoea in primary care. *British Medical Journal*. 2016;352:i844.
7. Flamarion E, Zini J, Passeron A. Ear pain, vesicles and facial palsy. *European Journal of Internal Medicine*. 2019;70:e5-e6.
8. Talwar C, McClune A, Kelly D, Lowe D, Rogers SN. Two-week rule: suspected head and neck cancer referrals from a general medical practice perspective.
9. Kusdra PM, Stechman-Neto J, Cavalcante de Leao B, Moreira de Lacerda AB, Zeigelboim BS. Relationship between Otological Symptoms and TMD. *International Tinnitus Journal*. 2018;22(1):30-34.
10. Wiley J. Applying the Ts of referred otalgia to a cohort of 226 patients. *Clinical Otolaryngology*. 2018;1-4.
11. Nieminen M, Aro K, Makitie A, Harlin V, Satu K, Jouhi L, et al. Challenges in diagnosing head and neck cancer in primary health care. *Annals of Medicine*. [Internet] 2020 Ago. DOI:10.1080/07853890.2020.1802060

12. Yan K, Agrawal N, Gooi Z. Head and Neck Masses. *Med Clin N Am.* 2018;102(2018):1013-1025.
13. Shephard EA, Parkinson MA, Hamilton WT. Recognising laryngeal cancer in primary care: a large case-control study using electronic records. *British Journal of General Practice.* 2019;february:e127-e133.
14. Samson M, Corbera-Bellalta M, Audia S, Planas-Rigol E, Martin L, Cid MC, et al.
15. Ugalde I, Anjum I, Lo Presti S, Tolentino A. Myocardial Infarction Presenting as Ear Fullness and Pain. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports.* 2018;6:1-4.