

Otitis externa

Dr. César Ordóñez-Ortiz

Es muy común la presentación de cuadros de inflamación o infección del oído externo en periodos estivales. Se tiene que recordar algo de la anatomía del oído externo, pues está en estrecha relación con la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la nosografía pertinente. El oído externo comprende: la aurícula y el conducto auditivo externo. Ambos presentan gran variedad de conformaciones anatómicas y varían, por muchos factores de desarrollo y también raciales. Toda esta arquitectura está recubierta de tegumento que tiene una especial conformación anatómica. Carece casi de tejido celular subcutáneo y se adosa al cartilago y al hueso en forma muy estrecha siguiendo su formación primaria. Otro considerando es el tamaño o grosor de la epidermis, que es muy delgado y más corta a medida que se avanza en profundidad en el canal externo. Así, la dermis superficial casi se pierde en el tercio medio, de esta forma habrá folículos pilosos solo en el tercio externo y la mayoría de glándulas sebáceas estará en ese segmento. Esto explica la presencia de forúnculos y quistes en el tercio externo y la presencia de tapones de cera.

Una gran parte de los casos de otitis externa se produce por la contaminación del canal debido al rascado o la introducción de elementos extraños al oído, ya sea por intentos de extracción de cera o por costumbre higiénica en el uso de hisopos, lo que en la mayoría de casos es contraproducente y es motivo de mayor oclusión del canal.

En su mayor parte la fisiopatología de las enfermedades del oído externo es provocada de este modo, por la autoinoculación de bacterias. El cuadro de inicio se caracteriza por prurito debido a la irritación de la capa dérmica superficial; luego, cuando ya se produce la infección, se presenta dolor. Si la molestia sigue se presenta otorrea, la que puede ser abundante dependiendo de los factores inmunológicos y de la patogenicidad del agente causal. En el verano, el uso de piscinas contaminadas hace muy frecuente la patología de oído externo. Además, existen otros causales, como la otitis del nadador, del buzo o del tablista, individuos que permanecen periodos prolongados en el agua, muchas veces, la mayoría, sin protección ni higiene alguna en la piel, lo que produce maceración de la capa dérmica superficial, de modo que la inoculación de gérmenes es mucho más rápida. Sabido es el rol protector de la piel en el cuerpo humano. Los tablistas y los buzos merecen una consideración especial, pues en gran número presentan exostosis en los canales auditivos externos debido a la exposición prolongada al agua fría. Es común encontrar jóvenes de 18 años con los canales auditivos casi cerrados dificultando la limpieza y el drenaje de secreciones cuando hay infecciones.

El primer síntoma de otitis externa aguda es el dolor, que, por lo general, es muy intenso. Esto se explica porque en las proximidades de hueso temporal se encuentran las emergencias de varios pares craneales, a saber: el nervio facial, por el agujero estilomastoideo, luego de su caprichoso recorrido en la mastoides; ramas del X par o

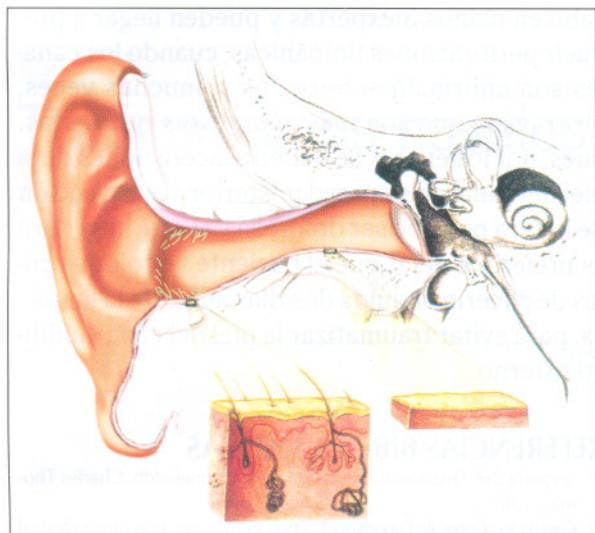


Figura 1. Sección coronal del conducto auditivo. Se muestra la diferencia en el grosor de la epidermis en el tercio exterior y la conformación en el interior del canal.

neumogástrico y del IX par, lo que explica el reflejo de prurito faríngeo y la tos cuando uno manipula el canal; las ramas del V par. Así, el dolor de este segmento es muy pronunciado. Es diagnóstico el signo llamado del trago, que se obtiene cuando al presionar ligeramente el trago en la aurícula se produce gran dolor. Este signo no es diagnóstico en niños, pues refleja una otitis media, porque la falta de osificación del temporal trasmite fácilmente la inflamación al segmento externo.

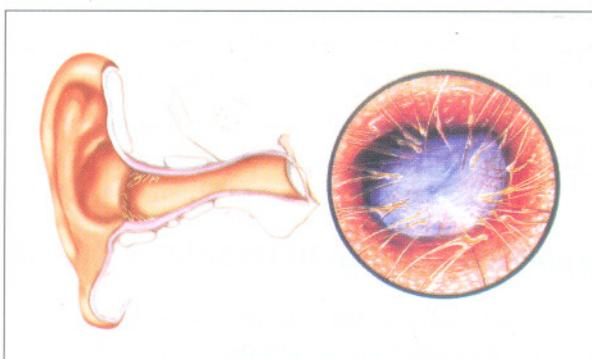


Figura 2. Otitis externa difusa. A. Vista coronal del canal auditivo externo, que muestra el edema y eritema de la piel. B. Vista otoscópica del canal auditivo externo, que demuestra edema, secreción y moderada disminución del lumen.

TRATAMIENTO

El tratamiento está orientado a detener la infección e incluye el uso de antibióticos en dosis y tiempos apropiados. Por lo general, los gérmenes son grampositivos, y entre ellos los estafilococos, que responden bien a la penicilinas, aunque existe cada vez más resistencia. Como muchas cepas son resistentes y productoras de betalactamasas, se recomienda el uso de cefalosporinas en dosis adecuadas, las que son muy bien toleradas. Así mismo, el uso de analgésicos sistémicos está indicado.

Las infecciones provocadas por estreptococos también son frecuentes y se caracterizan por la formación de costras melicéricas; es decir, verdaderos impétigos de pabellón auricular. En estos casos, el uso de agua de Alibour y pomada de óxido amarillo de mercurio más penicilina son un tratamiento eficaz. También son recomendables las irrigaciones con agua de manzanilla más una dosis de 2 a 3 gramos de cefalosporinas en 24 horas, cuando hay infecciones severas del pabellón que comprometen el cartílago y dan pericondritis. No se debe considerar a las gotas como lo más importante porque no penetran en el canal externo cuando hay gran edema o estenosis.

Se puede introducir una pequeña mecha con nitrato de plata al 10% muy diluido untada con cortisona, o una crema que tenga cortisona más un antibiótico. La mecha deberá quedar en el canal por 24 horas. Se deberá evitar tocar el canal si no se tiene los

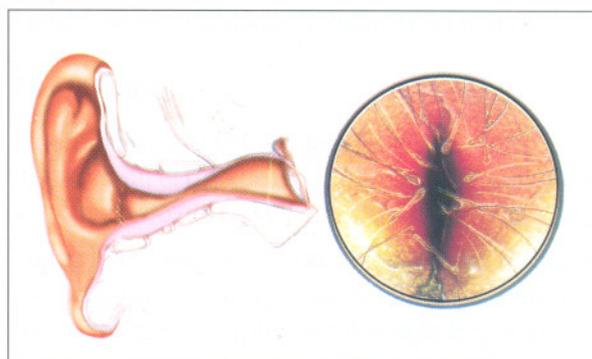


Figura 3. Otitis externa severa. A. Corte coronal que demuestra la estenosis severa del canal auditivo externo, debida al edema de la piel. B. Vista otoscópica del canal auditivo externo, que demuestra lo mismo.



instrumentos y el material adecuados. Se debería emplear el microscopio y limpiar el canal con aspiración bajo visión directa, irrigar con suero fisiológico y después colocar la mecha. En sujetos que tienen exostosis –por ejemplo, los tablistas y buzos– es importante la profilaxis; es decir, la limpieza del canal y evitar el contacto directo con el agua fría, mediante el uso de tapones de plástico.

TAPONES DE CERA

La producción de cera varía con cada individuo. No existe un patrón racial. El frote frecuente quizás estimule su producción o, por lo menos, elimine la capa dérmica superficial, lo que hace que se acumule en el tercio interno y se mezcle con la grasa, sudor y la cera, de modo que adquiere su color y consistencia. Un factor estructural es el canal óseo, que normalmente tiene forma de S, con la concavidad anterior. Así, al tirar la aurícula atrás y arriba se endereza el tercio externo del canal y es posible una mejor visión de su contenido.

El “lavado de oído” está contraindicado en la otitis externa y si se realiza puede tener serias consecuencias. Puede provocar gran dolor e, inclusive, lipotimia, por reflejo vagal. Las aparentes “fáciles limpiezas del oído” mediante irrigaciones suelen ser muy complicadas cuando se llevan a

cabo en manos inexpertas y pueden llegar a producir perforaciones timpánicas, cuando los canales son anormalmente rectos y, muchas veces, otorragias, que son más aparatosas que serias, pues, por lo general, se deben a laceraciones de la piel del canal en su pared posterior. La extracción de la cera no debe ser dolorosa y si está muy dura es preferible dejar que el paciente se coloque gotas de glicerina líquida dos días antes de la limpieza, para evitar traumatizar la piel del canal auditivo externo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Senturia BH. Diseases of the External Ear. Springfieldh. Charles Thomas. 1967
2. Cassisi N, Cohn A, Davidson T, et al. Difuse external otitis; clinical and microbiologic findings in the course of multicentric study on a new otic solution. Ann Oto Rhinol Laryngol 1977; 86 (Suppl 39); 1-16.
3. Wright DN, Alexander JM. Effect of water on the bacterial flora in swimmers' ear. Arch Otolaryngol 1974; 99: 15-8.
4. Hoadley AW, Knight DE. External otitis among swimmers and no swimmers. Arch Environ Health 1975; 30 445-8.
5. Chiang SP, Gessert CF, Lowry OK, et al. Ether soluble substances on the skin of the human external auditory canal. J Invest Dermatol 1976; 27: 443-50.
6. Senturia BH. External otitis, acute diffuse. Ann Otol Rhinol Laryngol 1973; 82 (suppl 8): 1-23.
7. Garrity JD, Holiday TC, Glosman JM. Prevention of swimmers ear by simple prophylactic regimen. Curr Ther Res 1974; 16:437-44.
8. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG (eds). Textbook of Dermatology. ed 2. Oxford Blackwell Scientific Publications. 1972, p 486.
9. Senturia BH, Marcus MD, Lucente FE. Diseases of the External Canal an Otolologic-Dermatologic. Manual 1980-2d edition.