

La otitis externa como problema de salud insuficientemente estudiado

Otitis externa as an insufficiently studied health problem

Yanelis Vega-Caballero*, Mario Raúl Peña-Roselló*

*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Yanelis Vega-Caballero, correo: yanelis77@ltu.sld.cu.

Señor Editor:

Diversos son los artículos publicados a nivel internacional sobre la otitis externa; enfermedad que en nuestra provincia no cuenta con resultados de investigación publicados y a nivel nacional son pocas las investigaciones divulgadas, a pesar de su alta morbilidad. Sobre esta enfermedad versa la presente carta.

La otitis externa, con sus diferentes formas de presentación, constituye una de las enfermedades más frecuentes, a las que tienen que enfrentarse el médico general y el otorrinolaringólogo. Se define como el proceso inflamatorio, usualmente de origen infeccioso, que afecta la piel del conducto auditivo externo (CAE), puede desarrollarse en pacientes de cualquier edad y afecta por igual a ambos sexos. (1)

El CAE tiene muchos y buenos mecanismos de defensa para combatir las distintas infecciones, a las cuales puede estar sometido. Dentro de estos están: el pH bajo, que oscila entre 5 y 6,8; la presencia de ácidos grasos y lisozima en las secreciones ceruminosas; y la conservación del mecanismo de auto limpieza por migración hacia fuera del epitelio.

Existen factores de riesgo, o predisponentes, para desarrollar otitis externa, como son: el fallo de los mecanismos de defensa mencionados anteriormente, escasa cantidad de cerumen o demasiado viscoso puede producir una obstrucción, retención de agua y residuos, el calor o humedad excesivos, baños o inmersiones en agua dulce y de mar, los micro traumatismos y cuerpos extraños en el CAE, condiciones de la piel, como la dermatitis seborreica, de contacto, eczema, psoriasis y otras condiciones inmunocomprometedoras (diabetes mellitus, infección por VIH, entre otras).

Investigadores como Guidi J. han demostrado que la otitis externa aguda es frecuentemente una complicación de la eliminación del tapón de cerumen, ya sea por traumatismos de la piel del CAE o por incumplimiento de las normas de esterilización del instrumental utilizado. (2)

Se estima una afectación del 10 % de la población, siendo entre un 5 y 20 % de los pacientes atendidos por afecciones de oído, nariz y faringe, diagnosticados con otitis externa; los británicos la

reportan como frecuente durante todo el año con una prevalencia de 1 %; en los Estados Unidos tiene una prevalencia del 10 %, la incidencia no se conoce con exactitud, aunque las formas agudas de la enfermedad afectan cuatro de cada 1mil personas de la población anualmente. (3, 4)

Sus principales formas clínicas son: otitis externa circunscrita; otitis externa difusa; otitis externa necrotizante; otitis externa fúngica; otitis externa viral. (5)

La otitis externa circunscrita es definida como la infección de un folículo pilocebaceo, localizado en la porción cartilaginosa del CAE, también conocida como forúnculo, causada por el *Staphylococcus aureus* o dorado, caracterizada clínicamente por otalgia, hipoacusia de conducción, si el proceso inflamatorio obstruye el conducto; al examen otoscópico se observa un proceso inflamatorio circunscrito centrado por el clavo alrededor del cuarto día. La otitis externa difusa es cuando el proceso inflamatorio se extiende a todo el CAE, que puede afectar distalmente el pabellón auricular y proximalmente a la membrana timpánica, causada por gérmenes Gram negativos, frecuentemente por *Pseudomona aeruginosa*; clínicamente se divide en tres etapas: 1- pre inflamatoria, caracterizada por prurito y edema, 2- inflamatoria aguda, con edema, hipoacusia, exudado y dolor, 3- inflamatoria crónica, cuando los síntomas persisten por más de 6 meses. (6)

La otitis externa necrotizante afecta generalmente a pacientes con inmunosupresión, como ancianos diabéticos, pacientes con VIH, trasplantados recientes y pacientes con tratamientos prolongados de esteroides. Es una enfermedad rara, pero severa, causada principalmente por *Pseudomona aeruginosa*, en una minoría por otras bacterias (*Staphylococcus*, *Proteus* y *Klebsiela*) y, algunas veces, por hongos (*Aspergillus*). La clínica típica de esta enfermedad incluye otitis resistente a la terapéutica convencional, tejido de granulación en el piso del CAE a nivel de la unión ósea-cartilaginosa y parálisis del nervio facial. Es importante resaltar que se han reportado casos con manifestaciones oftalmológicas (oftalmoplejía, proptosis y pérdida de



la visión) a punto de partida de esta enfermedad; también, otros casos con linfadenopatías cervicales y trismus por invasión de la articulación temporomandibular, o irritación del músculo masetero. Usualmente, la osteomielitis de la base del cráneo causa complicaciones endocraneales, hasta provocar la muerte. (7, 8)

La otitis externa fúngica, también llamada otomicosis, representa del 15-20 % de todas las otitis externas; son infecciones agudas, subagudas o crónicas, que afectan el epitelio escamoso del CAE, causadas por levaduras y hongos filamentosos. Las especies fúngicas más comunes son *Aspergillus* spp. y *Candida* spp. Los factores que influyen en la evolución de la infección fúngica no son del todo conocidos, pero se consideran, además de los mencionados anteriormente, el antecedente de otitis externa bacteriana, otitis media crónica supurada, mastoides postquirúrgicas, instilación de sustancias oleosas en el oído, tratamientos con antibióticos de amplio espectro, entre otros. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son prurito, en ocasiones dolor, descamación del epitelio y a menudo hipoacusia, cuando el conducto es ocluido por un tapón de hifas o restos epiteliales. (7)

La otitis externa viral es causada frecuentemente por el virus del herpes zóster; se caracteriza por otalgia intensa, alteración de la función lagrimal, salival y del gusto. Al examen físico se encuentra inflamación del oído externo, acompañado de vesículas herpéticas en el CAE y la concha del pabellón auricular, asociado a una parálisis facial; en algunos casos puede comprometer el VIII par craneal, con hipoacusia neurosensorial y o sensación vertiginosa, éste es el llamado síndrome de Ramsay-Hunt. (9)

El diagnóstico de la otitis externa se realiza con los antecedentes, los síntomas, signos encontrados en la otoscopia (específicos según la forma clínica) y los exámenes complementarios: química sanguínea, cultivo de secreciones para estudio bacteriológico o micológico; en los casos que se sospeche compromiso de partes blandas u óseas se indican estudios radiológicos simples y tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) para valorar la extensión del proceso. Estudios

recientes han demostrado que ante la sospecha de una otitis externa necrotizante el tecnecio 99 y la escintigrafía constituyen herramientas útiles para el diagnóstico precoz, proporcionando tempranamente la localización más específica y con mayor sensibilidad que la TAC y RMN. (6)

El tratamiento es específico para cada forma clínica. De forma general, existen pilares basados en: el control de las enfermedades asociadas; eliminación de los factores de riesgo; limpieza del CAE (acúmulo de secreciones, debridación de tejido necrótico) y acidificación del mismo; uso del antibiótico de elección para cada caso, localmente, como antibiótico de primera línea de tratamiento, el finafloxacin, que exhibe óptima eficacia ante infecciones agudas causadas por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* en países como Estados Unidos. y Canadá, por vía oral o parenteral según antibiograma. (10)

Ante una otitis externa necrotizante se inicia una terapéutica precoz y enérgica por un periodo de 4 a 6 semanas, con un antimicótico como el clotrimazol en las de origen fúngico, o aciclovir, asociado a vitaminas en las otitis virales. (11)

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud plantean, anualmente 1,5 millones de personas presentan al menos un episodio de otitis externa y más de la mitad de estos obedecen a la forma difusa.

En Cuba no está documentada su incidencia y prevalencia. En nuestra provincia no existen reportes de estudios publicados, a pesar de que en la práctica diaria, tanto en consulta externa como en el cuerpo de guardia, acuden con frecuencia pacientes aquejados de esta enfermedad, por lo que elaborar un protocolo de atención y tratamiento individualizado a los pacientes, basado en identificar y eliminar los factores desencadenantes o de riesgo, mediante acciones de promoción y prevención, realizar un tratamiento adecuado, disminuiría las recurrencias de la enfermedad, las ausencias laborales del paciente por acudir a consulta, se disminuiría el gasto económico para el individuo y el país, además de, y lo más importante, mejorar la salud de nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bahri T, Goudarzi M, Ghafoori S, Ebrahimi N, Asadi A, Goudarzi H. Comparing Culture and Multiplex PCR Methods to Examine Fastidious Bacteria in Otitis Externa and Media. *Journal of Pure & Applied Microbiology* [revista en internet]. 2017, Jun [citado 11 de diciembre 2017]; 11(2): 871-878. Disponible en: Academic Search Premier.
2. Guidi J, Wetmore R, Sobol S. Risk of otitis externa following manual cerumen removal. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, And Laryngology* [revista en internet]. 2014, Jul [citado 11 de diciembre 2018]; 123(7): 482-484. Disponible en: MEDLINE Complete.
3. Schaefer P, Baugh R. Acute otitis externa: an update. *American Family Physician*. [revista en internet]. 2012 [citado 11 de diciembre 2018]; 86(11): 1055-1061. Disponible en: MEDLINE Complete.
4. Gurov A, Kriukov A, Kunelskaya V, Isotova G, Shadrin G, Gupta N, et al. Evaluation of the Efficacy and Tolerability of Oral Ciprofloxacin used in the Comprehensive Treatment of External Bacterial Otitis: An Observational Prospective Study. *International Archives Of Otorhinolaryngology* [revista en internet]. 2017, Jul [citado 11 de diciembre 2018]; 21(4): 329-335. Disponible en: MEDLINE Complete.

5. Narayan S, Swift A. Otitis externa: a clinical review. *British Journal of Hospital Medicine* [revista en internet]. 2014, Jul [citado 11 de diciembre 2018]; 72(10): 554-558. Disponible en: MEDLINE Complete.
6. Walton L. Otitis externa. *BMJ* [revista en internet]. 2012, May [citado 11 de diciembre 2017]; 344: e3623. Disponible en: MEDLINE Complete.
7. Galletti F, Cammaroto G, Galletti B, Quartuccio N, Di Mauro F, Baldari S. Technetium-99m (^{99m}Tc)-labelled sulesomab in the management of malignant external otitis: is there any role? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology - Head And Neck Surgery* [revista en internet]. 2015, Jun [citado 11 de diciembre 2017]; 272(6): 1377-1382. Disponible en: MEDLINE Complete.
8. Mojena Rodríguez G, Santisteban Aguilera F, García Alarcón Y, Rodríguez Martínez Y, Cardero Ruizl A. Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de los pacientes con otitis externa maligna. *Medisan* [revista en internet]. 2017, Mar [citado 11 de diciembre 2017]; 21(3): 304-314. Disponible en: MediciLatina.
9. Lee Kj. Otitis externa En: *Otorrinolaringología. Cirugía de Cabeza y Cuello*. 7 ed. México: Mc Grave Hill Interamericana; 2002.
10. McKeage K. Flaxloxacina: first global approval. *Drugs* [revista en internet] 2015, Abr [citado 11 de diciembre 2017]; 75(6): 687-693. Disponible en: MEDLINE Complete.
11. Delsing CE, Becker KL, Simon A, Kullberg BJ, Bleeker-Rovers CP, van de Veerdonk FL, et al. Th17 cytokine deficiency in patients with *Aspergillus* skull base osteomyelitis. *BMC Infectious Diseases* [revista en internet] 2015, Abr [citado 11 de diciembre 2017]; 15(1): 140. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12879-015-0891-2>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.