

Introducción

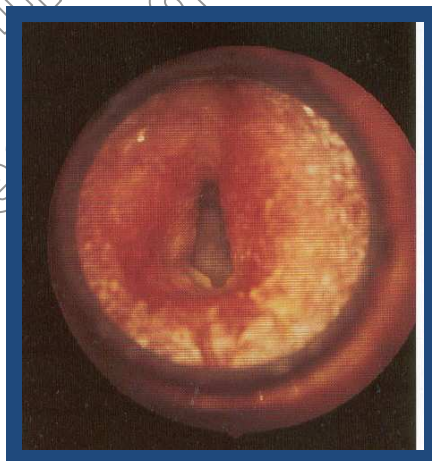
La otitis externa es proceso inflamatorio/infeccioso que afecta al conducto auditivo externo (CAE). El revestimiento cutáneo disminuye en espesor a medida que se acerca a la membrana timpánica.

Se recuerda que el tercio externo del CAE contiene glándulas apocrinas productoras de cerumen, folículos pilosos y glándulas sebáceas.

Factores predisponentes	
Aumento de la humedad	Rascado y maceración del CAE
Jabones detergentes y alcalinos	Afecciones dermatológicas: psoriasis, eccema, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto
Traumatismos	Enfermedades sistémicas: diabetes, infección por VIH, inmunodepresión

Clínica

- prurito
- otalgia intensa progresiva
- exacerbación con masticación y signo de trago
- hipoacusia por estenosis inflamatoria
- otoscopia: hiperemia, descamación, estenosis, supuración acuosa-purulenta
- despegamiento del pabellón: descartar mastoiditis con incidencia de Schuller



Tratamiento:

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	27/03	12/04

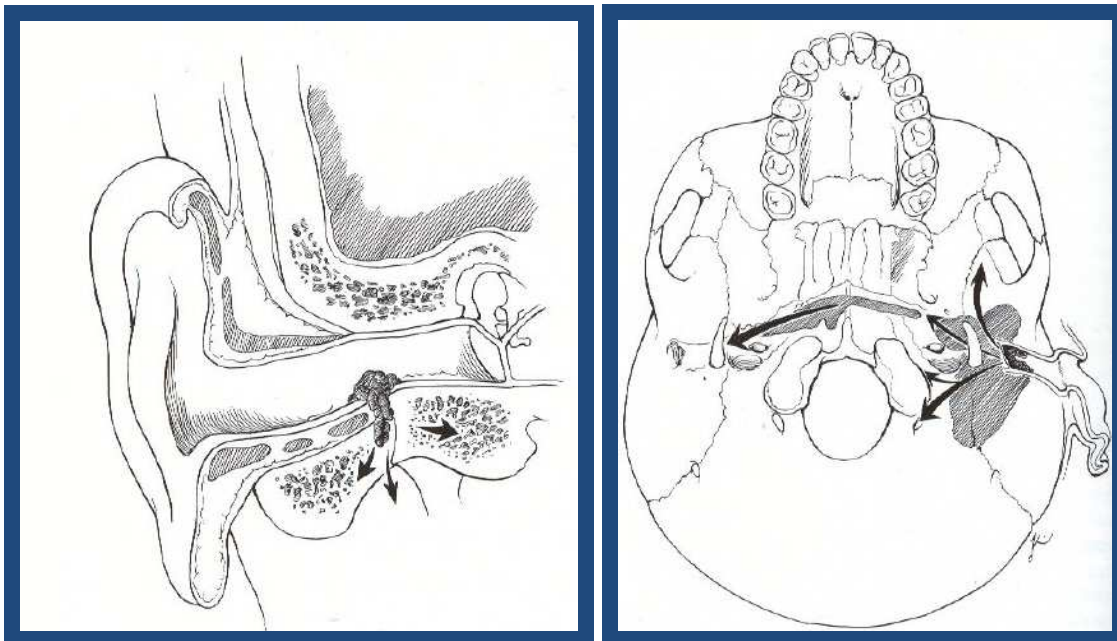
Tratamiento de la Otitis Externa

- medidas higiénicas y aspiraciones
- tratamiento local (gotas)
- tratamiento antiinflamatorio-analgésico (antiinflamatorios esteroides o no esteroides)
- en casos graves (celulitis, adenopatías asociadas): antibióticos sistémicos con cobertura de gérmenes para piel (incluido *S. aureus* resistente a meticilina de la comunidad, se sugiere consultar la Guía de Práctica Clínica respectiva disponible en el sitio de OSECAC)

Otitis Externa Maligna

Es una forma agresiva de otitis, producida por *Pseudomonas* en pacientes añosos y/o diabéticos o inmunodeprimidos. La evolución es tórpida y se asocia con complicaciones mortales en caso de ausencia de tratamiento. La tasa de recurrencias es de 20%.

Se describe diseminación (a través de las partes blandas hipovascularizadas) hacia la base de cráneo, región infratemporal y endocráneo.



Evolución

Efracción → celulitis dolorosa → tejido de granulación → condritis → osteítis → base de cráneo

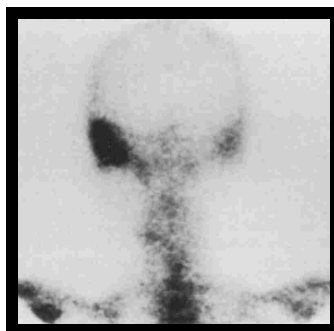
Parálisis de Pares Craneales

- Foramen estilomastoideo: VII par
- Foramen rasgado posterior: pares IX, X y XI
- Foramen condíleo anterior: XII par

Clínica de la Otitis Externa Maligna	
Otorrea purulenta verdosa	Dolor terebrante
Otorragia	Complicaciones sépticas endocraneales
<i>Trismus</i>	Afecciones de pares craneales
Otoscoopia: necrosis del C.A.E., granulaciones en el piso, secuestros óseos	

Conducta Inicial y Diagnóstico

- Internación con control estricto de la diabetes
- *Toilette* quirúrgica bajo otomicroscopia
- Obtención de muestras:
 - Cultivo microbiológico
 - Biopsia de granulaciones para descartar calcificaciones
- Estudios por imágenes:
 - Tomografía computarizada de peñascos
 - Resonancia magnética
 - Gammagrafía con tecnecio 99: es útil en el período agudo para el diagnóstico precoz de osteomielitis de peñasco y base de cráneo. Persiste positiva por un año.
 - Gammagrafía con galio 67: es más específico y se utiliza en el seguimiento



Cuando la enfermedad se limita a la piel y/o cartílago subyacente, debe realizarse tratamiento hasta que el tejido de granulación desaparezca y se describa piel normal. A partir de allí, se continúa con antibióticos por 7 días más. En presencia de osteomielitis, la terapia con antibióticos no será menor a las 6 semanas, dado que la interrupción precoz se asocia con recurrencia.

El tratamiento quirúrgico de la otitis externa maligna no es efectivo y puede facilitar la progresión de la enfermedad. Se recurre al desbridamiento de tejidos desvitalizados y drenaje de abscesos, con estrategias locales como las curaciones diarias y la resección de granulomas y sequestróseos. Por el contrario, el tratamiento médico reduce la mortalidad.

En este sentido, se indican antibióticos intravenosos con cobertura contra *Pseudomonas*. No se dispone de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para efectuar recomendaciones formales para la elección de antimicrobianos, pero se destaca que:

- se prefieren las fluoroquinolonas (ciprofloxacina) dado que facilitan el eventual paso a la vía oral a lo largo del tratamiento y tienen elevada penetración en tejidos blandos. sin embargo, se reconoce una creciente resistencia de *Pseudomonas* a estos fármacos, en virtud de su uso frecuente y muchas veces inapropiado en la práctica ambulatoria
- las cefalosporinas (ceftazidima) o los betalactámicos (piperacilina + tazobactam) con cobertura antipseudomónica, asociados o no asociados con aminoglucósidos (amikacina) son otra alternativa de interés

El papel del oxígeno hiperbárico se reserva en caso de evolución poco satisfactoria ante la terapia con antimicrobianos pero no se indica como tratamiento único. Este recurso mejora la migración y la actividad de los leucocitos, optimiza la división de los fibroblastos y la producción de colágeno y estimula la angiogénesis capilar.

Bibliografía

1. Diamante V. Otorrinolaringología y afecciones conexas. 3ra edición. El Ateneo, 2004, Bs As.
2. Enciclopedia Médico-quirúrgica, capítulo E - 20-070-A-10, pag 2 y 3, Ediciones científicas y médicas Elsevier, 2000, París.
3. Nussenbaum B. Malignant Otitis Externa Treatment & Management. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/845525-treatment>