

Otitis externa difusa infecciosa: revisión de la literatura

Daniela Gutiérrez C.⁽¹⁾, Lara Fernández R.⁽²⁾, Gustavo Bravo C.⁽²⁾, Eugenio Alzérreca A.⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Otorrinolaringología, Hospital San Juan de Dios.

⁽²⁾Servicio de Otorrinolaringología, HCUCH.

⁽³⁾Magíster en Derecho de la Salud, Universidad de Los Andes.

SUMMARY

External otitis (EO) is a skin infection of the external auditory canal (EAC). It's a frequent complaint to the otolaryngologist affecting 10% of the population at least once in their life time. EO is associated with an increased humidity of the EAC, local trauma and allergic skin conditions. The diagnosis is based on clinical symptoms and signs such as earache and positive tragus sign. Infections EO are mostly bacterial infections caused by *P. aeruginosa* and *S. aureus*, and in a lower percentage fungal infection by *A. niger* and *C. albicans*. Treatment of acute infectious EO is essentially local and should be active against most common agents. The aim of this review is to update the current reality of this common clinical entity in our environment.

Fecha recepción: agosto 2012 | Fecha aceptación: marzo 2013

INTRODUCCIÓN

La otitis externa (OE) corresponde a una infección de la piel del conducto auditivo externo (CAE). Esta puede ser aguda o crónica, difusa o localizada y ser causada por infección, alergia o trauma⁽¹⁾. Incluye todas las condiciones inflamatorias del pabellón auricular, del CAE y cara externa de la membrana timpánica. Es un motivo de consulta frecuente para el otorrinolaringólogo, constituyendo entre el 5% y 30% de las consultas de urgencia otorrinolaringológicas y afectando al 10% de la población al menos una vez en la vida^(1,2). Se asocia a un aumento de la humedad normal del CAE producido por el contacto con agua de piscinas, lagos, ríos y mar. También puede deberse

a traumatismos locales por grataje en el conducto o relacionarse a condiciones alérgicas de la piel⁽¹⁾.

El objetivo de esta revisión es realizar una puesta al día de la realidad actual de esta entidad clínica de frecuente presentación en nuestro medio.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

Se han descrito distintas manifestaciones clínicas y formas de presentación de la otitis externa: como forúnculo del conducto, otitis externa maligna, pericondritis del pabellón auricular, impétigo y erisipela⁽¹⁾. Todas ellas pueden observarse a cualquier edad, con una mayor incidencia en adultos jóvenes, siendo más frecuentes en estaciones estivales⁽³⁾. En

la anamnesis se debe buscar la existencia de factores predisponentes (factores locales, patologías crónicas y condiciones de inmunosupresión)⁽³⁾.

El diagnóstico es clínico y la sintomatología de las OE infecciosas es generalmente indiferenciable respecto a su origen bacteriano o fúngico, ya que ambas incluyen: otalgia, que puede irradiarse hacia las regiones mandibular y temporal, signo del trago positivo y dolor a la movilización del pabellón. En relación a esto, la otoscopia como estudio diagnóstico se vuelve complicada, tanto por el dolor, como por el estrechamiento del conducto, haciendo muchas veces variar el aspecto otoscópico en función de la gravedad de la afección, llegando incluso a ser impracticable. Respecto a la signología, existen claras evidencias que permiten diferenciar su origen (bacteriano o fúngico) las que serán descritas más adelante, pero en ambos casos puede ir desde una simple hiperemia cutánea a una estenosis casi completa del conducto con otorrea abundante⁽¹⁾. La hipoacusia es frecuente como consecuencia de la estenosis del conducto y la acumulación de secreciones⁽⁴⁾, además pueden aparecer fiebre y linfadenopatías en las regiones preauricular, retroauricular y cervical anterior⁽⁵⁾.

Las complicaciones descritas para la OE son poco frecuentes, presentándose principalmente en pacientes diabéticos o inmunosuprimidos. Se ha descrito estenosis del CAE, perforación timpánica, celulitis del pabellón, pericondritis, parotiditis y progresión a OE maligna y osteomielitis de base de cráneo⁽⁴⁾. La pericondritis del pabellón si bien es poco frecuente, es temida por las complicaciones morfológicas que pueden presentarse si el tratamiento se instaura en forma tardía⁽¹⁾.

ETIOLOGÍA

La etiología de las OE de origen infeccioso es en su gran mayoría bacteriana, atribuyéndose solo entre el 15% y 30% a hongos. Las infecciones mixtas

en general son escasas, pues la microbiota fúngica suele inhibir a la microbiota bacteriana⁽²⁾. Estas infecciones generalmente son unilaterales, pero hasta en el 12% pueden ser bilaterales⁽²⁾.

Desde el punto de vista bacteriano, los microorganismos aislados con mayor frecuencia en estudios extrajeros de OE difusas señalan como agente causal a *Pseudomonas aeruginosa* (20% a 60%) y *Staphylococcus aureus* (10% a 70%), y con menor frecuencia se observan infecciones por *Staphylococcus epidermidis* y bacilos Gram negativos como *Escherichia coli* y *Proteus*. Solo se han descrito algunos casos polimicrobianos⁽⁶⁾.

En las OE micóticas existen signos clínicos que difieren de las OE bacterianas, observándose en la exploración otológica una inflamación del CAE asociada a secreciones cuyo aspecto varía en función del microorganismo y de la fase de la otomiosis. Se manifiestan clínicamente con prurito e hiperalgesia del CAE, asociados en ocasiones a otorrea e hipoacusia. Por lo general, se observan filamentos de aspecto algodonoso de color variable⁽³⁾.

Dentro de los principales agentes fúngicos que se encuentran asociados a OE micóticas son hongos filamentosos (*Aspergillus spp.*), de los cuales el más frecuente es *Aspergillus niger*, tanto en regiones tropicales y subtropicales. Sin embargo, también se han aislado las especies *Aspergillus fumigatus* y *Aspergillus terreus*. Dentro de las levaduras, las especies más frecuentes son *Candida albicans* y *Candida parapsilosis*. En Chile, en el estudio de Jofré y cols. la especie más frecuentemente encontrada fue *Aspergillus niger* (81%), seguida de *Cándida albicans*⁽⁷⁾.

Como se describió anteriormente el diagnóstico de OE es clínico; sin embargo, en algunos casos se justifica el estudio microbiológico, como en sospecha de OE maligna o en aquellos casos sin respuesta a tratamiento. Un factor importante a considerar para el estudio microbiológico es que la

existencia de la microbiota normal del CAE puede causar interferencia en el diagnóstico del agente causal, ya sea bacteriano o fúngico.

En la microbiota normal del conducto auditivo externo se han descrito numerosos microorganismos que incluyen bacterias y hongos (o micromicetos)⁽¹⁾. Las bacterias comensales que se aíslan con más frecuencia pueden clasificarse en cuatro grupos: i) Cocáceas Gram positivas, donde los estafilococos coagulasa negativos son los más prevalentes. Entre ellos, los dos principales son *Staphylococcus auricularis* (específico del conducto auditivo externo) y *Staphylococcus capitis*. ii) Bacilos Gram positivos, donde los difteroides aerobios coryneformes suelen observarse en el conducto auditivo externo. Algunos de ellos son especialmente lipófilicos y se desarrollan en las regiones ricas en glándulas sebáceas; iii) Difteroides anaerobios, que aparecen con menor frecuencia y en general pertenecen sobre todo al grupo de los *Propionibacterium* y iv) Bacilos Gram negativos, que se aíslan en el conducto auditivo externo sano en forma esporádica, como *Escherichia coli*, *Proteus* y *Pseudomonas aeruginosa*⁽¹⁾. Por otro lado, dentro de los hongos saprófitos se pueden distinguir 2 clases: los filamentosos de la familia de los aspergiláceos (*Aspergillus spp.*) y el género de los levaduriformes del tipo *Pityrosporum ovale*⁽¹⁾. Los principales diagnósticos diferenciales son la OE eccematosa, el herpes zóster y herpes simple ótico, la otitis media con reacción inflamatoria del conducto auditivo externo y la OE maligna^(1,4).

MANEJO

El tratamiento de las OE agudas infecciosas es esencialmente local y debe ser especialmente activo frente a los agentes causales más comunes⁽¹⁾. Como medidas generales se recomienda evitar el contacto con agua, minimizar la manipulación del oído afectado y abstenerse de utilizar dispositivos auriculares. Se puede ocluir el oído con algodón

durante el baño, retirándolo posteriormente para una adecuada ventilación⁽⁶⁾. Los antimicrobianos tópicos son la elección en la gran mayoría de los casos, consiguiendo una alta concentración de antibiótico en el lugar de la infección, minimizando el riesgo de resistencia bacteriana. Secundariamente se consigue una eficiente disminución cuantitativa de microorganismos, asociada a una mejoría igualmente rápida de la sintomatología⁽⁴⁾. Sin embargo, los antibióticos orales aun mantienen utilidad limitada a ciertos casos principalmente con el objetivo de ampliar el espectro de tratamiento a *P. aeruginosa* y *S. aureus*. En la actualidad los tratamientos tópicos asociados a antibioterapia sistémica por vía oral o endovenosa se considera en casos en los que se esté sospechando algún tipo de complicación de la OE, o bien, como profilaxis de complicaciones en pacientes con comorbilidades que generen inmunodeficiencia, como es la diabetes mellitus. Dentro de los antibióticos tópicos (gotas) más utilizados se encuentran: ciprofloxacino (ofrece ventajas comparativas sobre el resto dado su escasa o nula ototoxicidad), polimixina B y neomicina, los que pueden estar asociados a corticoides tópicos como la dexametasona. Por vía oral generalmente se utiliza el ciprofloxacino⁽⁴⁾.

Con respecto a las micosis externas, el tratamiento también deberá ir dirigido a las especies patógenas más frecuentes en la comunidad, utilizando antimicóticos para los cuales esté documentada sensibilidad asociado a aseo bajo otomicroscopía⁽⁷⁾. Los antifúngicos tópicos (gotas) más utilizados son el clotrimazol y el nitrato de econazol⁽⁴⁾.

En la actualidad existe un estudio reciente de otomiosis y susceptibilidad a antifúngicos tópicos en nuestro medio^(2,7); sin embargo, no existen datos que revelen los agentes microbiológicos reales que causan las OE en nuestro país, su susceptibilidad a antibióticos comúnmente usados, ni estudios de caracterización microbiológica de la microbiota saprófita. Estos datos permitirían verificar el carácter

patológico de una muestra al tomarse cultivos al diagnóstico^(3,8).

CONCLUSIONES

Consideramos de gran interés desde el punto de vista clínico y microbiológico realizar un estudio

en nuestro medio para contar con información actualizada acerca de la microbiota saprófita y patógena productora de OE, tanto bacterianos como micóticos, y sus susceptibilidades a antibióticos y antifúngicos de uso frecuente en la especialidad, con miras a optimizar sus indicaciones terapéuticas en el futuro.

REFERENCIAS

1. Malard O, Beauvillain de Montreuil C., Legent F. Enfermedades adquiridas del oído externo. Otorrinolaringología. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) 2005;34:1-20.
2. Ruz S, Breinbauer H, Corssen C. Otitis externa micótica y perforación timpánica: Reporte de dos casos. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2010;70:245-52.
3. Lecanu JB, Erminy M, Faulcon P, Théoleyre B. Otomycose. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Otorhinolaryngologie 2008;8:1-8.
4. Lorente J, Sabater F, Rodriguez R. Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las otitis externas. Med Clin (Barc) 2006;126:507-13.
5. Hawke M, Wong J, Krajden S. Clinical and microbiological features of otitis externa. J Otolaryngol 1984;13:289-95.
6. Rosenfeld RM, Brown L, Cannon CR, Rowena J, Ganiats TG, Hannley M *et al.* Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(4 Suppl):S4-23.
7. Jofré D, González I, Iñiguez M, Guzmán A. Sensibilidad in vitro a los distintos antifúngicos tópicos disponibles en otomicosis externa. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2005;65:173-8.
8. Roland P, Stroman D. Microbiology of acute otitis externa. Laryngoscope 2002;112:1166-77.

CORRESPONDENCIA

Dr. Gustavo Andrés Bravo Cordero
Departamento de Otorrinolaringología,
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 7 478 9430
Email: guztab@gmail.com

