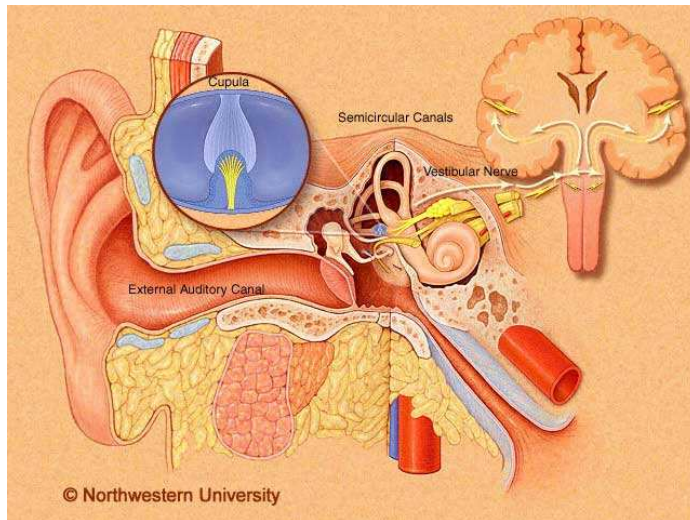


TEMA 3.- PATOLOGÍA DEL OÍDO EXTERNO

Dra. Teresa Rivera
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

- 1.- Malformaciones
- 2.- Infecciones
 - Micosis
 - Bacterianas
 - Viriasis
- 3.- Traumatismos
- 4.- Tumores
- 5.- Cuerpos extraños
- 6.- Tapones de cerumen. Tapones epidérmicos
- 7.- Eczema

El oído externo está formado por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo. La membrana timpánica forma parte del oído medio, aunque la capa externa que es epidérmica se considera que también forma parte.



Esquema anatómico del oído

MALFORMACIONES DEL OÍDO EXTERNO

Las malformaciones del oído externo se verán en el Tema 11, junto con las malformaciones de oído medio e interno.

INFECCIONES

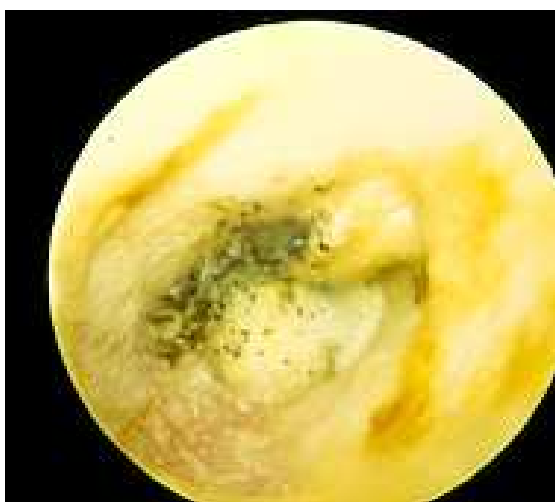
MICOSIS DEL OÍDO EXTERNO

Las micosis del oído externo son otitis externas producidas por hongos que afectan al conducto auditivo externo (CAE). Los más frecuentes son *Candida albicans* y *Aspergillus niger*. Son más frecuentes en verano por la acción del sudor o los baños, que debido a la humedad y al calor favorecen las infecciones por hongos. A veces también son sobreinfecciones de otitis externas bacterianas.

Se produce una inflamación de la piel del CAE. Los síntomas que produce son picor y otorrea serosa o sero-sanguinolenta en ocasiones.

Se diagnostica por otoscopia, en la que podemos observar una inflamación y enrojecimiento de las paredes del CAE. A veces se observan formaciones algodonosas que pueden ser blanquecinas en el caso de infección por *candida* o negruzcas por *aspergillus*.

El tratamiento consiste en la limpieza exhaustiva del CAE para eliminar restos de supuración o detritus, y administrar sustancias antimicóticas por vía tópica en gotas, como miconazol, e incluso la administración complementaria con violeta de genciana al 1% o povidona iodada. Es recomendable no mojarse los oídos mientras dura la infección.



Micosis del CAE

OTITIS EXTERNAS BACTERIANAS

Las otitis externas producidas por bacterias pueden afectar tanto al pabellón auricular como al CAE. Se clasifican en:

- Pabellón – pericondritis y dermatitis del pabellón
- CAE – otitis externas circunscritas, difusas y otitis externa maligna.

Pericondritis del pabellón auricular

Es la inflamación del pericondrio que recubre el cartílago del pabellón auricular, que suele estar producida por *Pseudomona aeruginosa*. Habitualmente suele haber un antecedente traumático previo que deja al descubierto el cartílago, como un otopostoma, una cirugía,...

En la pericondritis la oreja aparece enrojecida, tumefacta, caliente y el paciente sufre de dolor. Si la infección progresa, se acumula pus entre el pericondrio y el cartílago, y este puede quedarse sin nutrición y producirse la oreja en coliflor, en la que hay una necrosis del cartílago.

El tratamiento consiste en la evacuación de la colección purulenta acumulada, utilización de drenajes y vendaje compresivo, además de la administración de antibióticos sistémicos sensibles a *pseudomona*.



Pericondritis del pabellón auricular

Dermatitis del pabellón auricular

Se trata de la infección de la piel que recubre la oreja. Casi siempre producidas por una alteración previa como traumatismo, roce,... Las más frecuentes son la *erisipela* producida por *Streptococcus pyogenes*, que se presenta como una placa eritematosa, dolorosa, sobreelevada, casi siempre acompañada de un cuadro de faringoamigdalitis. Y el *forúnculo* del pabellón producido por *Stafilococcus aureus*, más frecuente en diabéticos o personas que se han realizado acupuntura o piercing. Son lesiones blanquecinas y dolorosas.

Otitis externa circunscrita

Es una otitis externa localizada a un punto concreto del CAE y produce un forúnculo por una infección de un folículo piloso. El germen causante es *Stafilococcus aureus*, y suele ser frecuente cuando ha habido una maniobra previa de rascado.

Los síntomas son otalgia y un dato característico de este tipo de otitis, es el signo del trago, que es dolor a la presión en estrago, y también puede haber dolor a la movilización del pabellón.

El diagnóstico se realiza por otoscopia, en la que a veces es difícil ver el forúnculo y se observa una inflamación del CAE, y el paciente tiene dolor a la introducción del otoscopio.

El tratamiento se realiza con antibióticos sistémicos sensibles a stafilococcus, fármacos con acción analgésica y antiinflamatoria, y es aconsejable no mojar el oído mientras dure la infección.

Otitis externa difusa

Es una inflamación del CAE producida por *pseudomona aeruginosa*. Se produce una infección de la piel del CAE dando lugar a una inflamación difusa de la misma. Son más frecuentes en verano debido a los baños, ya que el agua que entra en los conductos y la humedad repetida favorece este tipo de infección, también son más frecuentes en personas que tienen más sudoración, o también aquellos que tienen una limpieza excesiva de los oídos que ocasiona una escasez de cerumen que actúa como protector frente a las infecciones, manteniendo el pH adecuado de la piel.

Los síntomas que ocasiona son otalgia y otorrea seropurulenta. A la otoscopia observamos una inflamación de las paredes del CAE que impide a veces introducir el otoscopio, y secreción seropurulenta.

El tratamiento se realiza con gotas antibióticas, el más frecuente utilizado es el ciprofloxacino. Existen preparados farmacológicos que asocian el ciprofloxacino con corticoide, y son muy útiles para aliviar la inflamación. Si son otitis severas, conviene añadir antibióticos y antiinflamatorios por vía sistémica. Es conveniente, al igual que en todas las otitis, no mojar los oídos.



Otitis externa bacteriana
difusa

Otitis externa maligna

Esta infección fue descrita por Chandler, y consiste en una infección del oído externo producida por *Pseudomona aeruginosa*, que se extiende a los tejidos blandos adyacentes al temporal y ocasiona osteomielitis de la base del cráneo, y puede producir afectación de pares craneales y complicaciones a nivel endocraneal. Suele producirse en pacientes inmunodeprimidos y diabéticos y es una infección grave.

Los síntomas iniciales son los mismos que los de una otitis externa difusa, después se acentúa el dolor y la otorrea, siendo mayores que los de una otitis externa convencional. Por otoscopia vemos un CAE edematoso, doloroso al tacto, con una secreción espesa verdosa, además podemos ver en el suelo del CAE unas granulaciones y áreas ulceradas. El diagnóstico de confirmación se realiza por Tc

donde se observa lesiones óseas, o también por gammagrafía con Tc-99m. Si sigue progresando puede haber parálisis facial y afectación de pares craneales bajos.

El tratamiento requiere ingreso hospitalario y administración endovenosa de ciprofloxacino. Además se realiza un tratamiento local del oído externo con ciprofloxacino tópico y limpieza exhaustiva.

El pronóstico es grave, aunque hoy día con el uso de las quinolonas y el diagnóstico precoz, ha disminuido notablemente la mortalidad. Debe saltar la alarma en un paciente anciano, diabético o inmunodeprimido, con una otitis externa que evoluciona mal.



Otitis externa
maligna

INFECCIONES VÍRICAS DEL OÍDO EXTERNO

Síndrome de Ramsay-Hunt

Se trata de una infección herpética del ganglio geniculado o también denominado herpes zóster ótico. Es una enfermedad que se produce fundamentalmente en adultos, causada por la reactivación del virus herpes varicela-zóster acantonado en el ganglio geniculado del VII par tras una primoinfección (varicela) ocurrida generalmente en la infancia.

Se produce una afectación cutánea del CAE con lesiones vesiculosas, que asienta en el área de Ramsay-Hunt que es el área de inervación sensitiva del nervio facial recogida por el nervio intermediario de Wrisberg. Comienza con una erupción de vesículas epidérmicas de contenido claro, que en pocos días se rompen y drenan un líquido claro. Clínicamente cursa con otalgia intensa y suele aparecer parálisis facial, y a veces adenopatía cervical. En algunos casos se produce también una hipoacusia neurosensorial por afectación del VIII par.

El tratamiento debe hacerse simultáneamente con aciclovir y corticoides. La aplicación de antisépticos locales sobre las vesículas ayuda a evitar sobre infecciones, e incluso puede ayudar la aplicación de aciclovir tópico.

El pronóstico es variable, pero en muchas ocasiones la parálisis facial es irreversible.



Síndrome de
Ramsay-Hunt

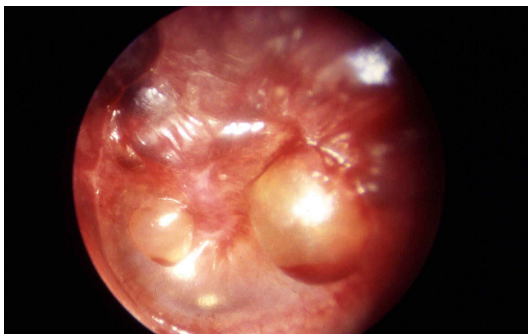
Otitis externa por herpes simple

Puede haber una afectación cutánea con vesículas del oído externo por virus herpes simple, que no debe confundirse con el herpes zoster. Puede aparecer también en los labios que es la localización más frecuente, y suele ocurrir cuando hay episodios de fiebre o stress. Es de evolución autolimitada y puede tratarse con aciclovir tópico.

Miringitis bullosa

Se trata de una infección en la que aparecen vesículas hemorrágicas dolorosas en la cara externa del tímpano. El motivo de incluirla en las otitis externas es porque, aunque el oído externo está compuesto por el pabellón auricular y el CAE, también se incluye la capa externa epidérmica de la membrana timpánica. Suele ocurrir en el transcurso de una infección vírica, como catarro común. Se relaciona con rinovirus, virus influenza,... Además también otra de las posibles causas puede ser infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Cursa con otalgia, y se produce una serosidad sanguinolenta cuando se rompen las bullas. Se trata sintomáticamente con analgésicos y antiinflamatorios, y solo se dan antibióticos en el caso de una infección bacteriana sobreañadida.



Miringitis bullosa

TRAUMATISMOS

Los traumatismos en el oído externo afectan con más frecuencia al pabellón auricular que al CAE, ya que se encuentra más expuesto. Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y agresiones.

Heridas del pabellón auricular

Pueden cursar aisladas o asociadas a otras lesiones, bien por accidentes, agresiones, mordeduras,... Puede afectarse la piel e incluso el cartílago, a veces se puede producir un arrancamiento total del pabellón auricular. Se trata igual que cualquier herida, con lavado y desinfección, y sutura de la herida con anestesia local. Además es recomendable tratamiento antibiótico para evitar una infección y fundamentalmente una pericondritis.

El problema más importante de las heridas es cuando hay pérdida de sustancia, en este caso tanto si es cutánea como también cartilaginosa, habrá que realizar una reconstrucción con injertos de piel, enterramiento del fragmento amputado para revascularización. Si hay un arrancamiento total, debe traerse el fragmento en hielo, y posteriormente proceder a su reimplantación, son técnicas de microsutura vascular o enterramiento, y si no es posible se recurrirá colocación de epítesis.



Herida de pabellón auricular con enterramiento del fragmento amputado y resultado posterior

Otohematoma

Se denomina otohematoma al acúmulo de sangre entre el cartílago y el pericondrio del pabellón auricular. Se suele producir por traumatismos directos sobre la oreja, como en boxeadores. Se localiza fundamentalmente en la cara externa entre hélix y antihélix. Se debe realizar el drenaje de la colección hemática para evitar la necrosis del cartílago y un vendaje compresivo, con protección antibiótica para evitar una pericondritis.



Otohematoma

Traumatismos térmicos

Congelaciones

Las orejas junto con los dedos de la mano y del pie están más expuestas a congelaciones. Comienza con una vasoconstricción, en la que aparece una palidez, después se instaura una vasodilatación y una parálisis vascular. La anoxia que produce la vasoconstricción inicial libera histamina y sustancias histaminoides, apareciendo parálisis de los capilares, trastornos de su permeabilidad con extravasación de plasma, formación de trombos en las arteriolas, anoxia tisular y necrosis.

Se pueden considerar de tres grados: 1º grado- palidez, insensibilidad. 2º grado- se forma un edema y vesículas con un líquido claro o lechoso; y 3º grado – necrosis tisular por la hipoxia mantenida.

El tratamiento se debe realizar con un calentamiento progresivo hasta que aparezca un enrojecimiento ya que habrá cesado la vasoconstricción, y cura local con protección antibiótica. Este tratamiento se realizará en las congelaciones de 1º y 2º grado, ya que en las de 3º grado que hay necrosis tisular se eliminará el tejido necrótico y se realizará una reconstrucción.

Quemaduras

Las quemaduras en el pabellón auricular suelen estar asociadas a quemaduras en otras áreas. Se pueden producir por fuego, líquidos en ebullición, gases a gran temperatura,... Se clasifican en tres grados según la afectación, de 1º grado – hay un eritema, y el paciente tiene enrojecimiento con calor y prurito. En el 2º grado hay vesículas con contenido líquido, y en el 3º grado aparece necrosis tisular.

En el primer grado se trata con cremas grasas, en el 2º grado se evacua el líquido y además es aconsejable la utilización de antibióticos para evitar una sobreinfección. En el 3º grado se extirpa el tejido necrótico y se realiza una reconstrucción de la zona extirpada.

Existen tipos especiales de quemaduras en el pabellón auricular como las producidas por el sol por la radiación ultravioleta, o por radiodermatitis por tratamientos con radioterapia.

Causticaciones

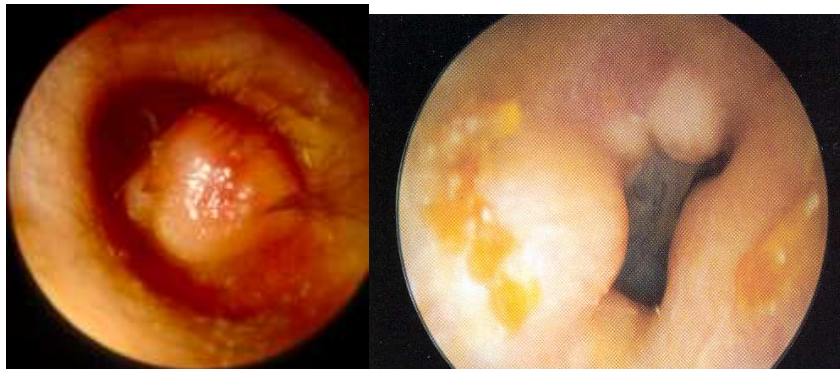
Son quemaduras químicas producidas por cáusticos, bien líquidos o sólidos. Se debe eliminar el tejido afectado y si es posible utilizar agentes neutralizantes del producto responsable. Se debe realizar una cura oclusiva y protección antibiótica local.

TUMORES DEL OÍDO EXTERNO

La mayoría de los tumores del oído externo son tumores cutáneos, de la piel del pabellón auricular. Se clasifican en tumores benignos y malignos. La mayoría simplemente se mencionarán y comentaremos aquellos en los que haya que hacer una consideración especial.

Tumores benignos

- Quistes sebáceos, de queratina, epidérmicos, dermoides.
- Queloides, sobre todo frecuentes en raza negra. Tienen con frecuencia a la recidiva después de su extirpación.
- Queratosis seborreica
- Queratoacantoma. Es una lesión cutánea de crecimiento rápido, sesil, que se ulcerada.
- Queratosis actínica. Se trata de una lesión hiperqueratósica que puede cursar con atipias, y que se considera una lesión premaligna
- Papiloma
- Hemangioma
- Ceruminoma. Es un tumor poco frecuente. Se trata de un adenoma de las glándulas ceruminosas del CAE. Se produce una masa blanda, amarillenta e indolora.
- Osteoma. Se producen en la porción ósea del CAE, y pueden ser múltiples, se denominan exostosis, o bien un osteoma único. En el primer caso se ha visto que está relacionado con la entrada de agua fría y es frecuente en nadadores. Al disminuir el calibre del CAE, suelen ser frecuentes las otitis externas. Por ello, en muchas ocasiones debe extirparse por este motivo.



Osteoma.
Exostosis

En todos los casos de tumores benignos el tratamiento es quirúrgico, extirpando la lesión en su totalidad.

Tumores malignos

Se calcula que el 25% de los tumores cutáneos se originan en la región de cabeza y cuello, y de ellos el 8% se dan en el pabellón auricular. Los tipos histológicos más frecuentes son:

- *Carcinoma de células basales, basalioma o epiteloma basocelular.* Se produce en el pabellón auricular de personas de edad avanzada. Suele ser una lesión nodular, a veces ulcerada, de bordes bien definidos. El tratamiento consiste en extirpar la lesión con márgenes libres de

resección para evitar la recidiva. Tienen buen pronóstico y son excepcionales la aparición de adenopatías y metástasis a distancia.

- *Carcinoma de células escamosas, carcinoma espinocelular o epidermoide.* Se presenta como una lesión ulcerada de límites irregulares, cuyo lugar más frecuente es el hélix. Tienen más tendencia a infiltrar en profundidad que los basocelulares, y pueden dar metástasis ganglionares con más frecuencia. El tratamiento es la extirpación completa de la lesión con márgenes amplios de resección, y se debe hacer un tratamiento locoregional dependiendo de la existencia de adenopatías. Dependiendo de la extensión del tejido extirpado, puede ser necesaria una reconstrucción.
- *Melanoma.* Puede aparecer de nuevo o asentarse sobre lesiones previas como léntigo o nevus. Es más agresivo que los tumores anteriores, y se debe tratar quirúrgicamente con unos márgenes amplios con cirugía cervical si es necesaria. El pronóstico depende del grado de infiltración del tumor.



1.- Epitelioma basocelular
2.- Carcinoma epidermoide

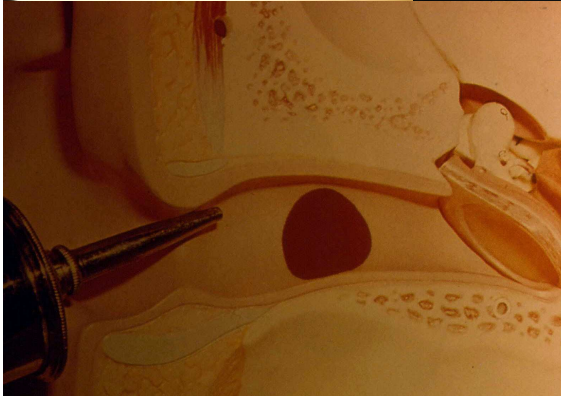
CUERPOS EXTRAÑOS

Los cuerpos extraños en el CAE son frecuentes en niños, aunque también podemos encontrarlos en adultos por causas accidentales. Pueden ser de dos tipos:

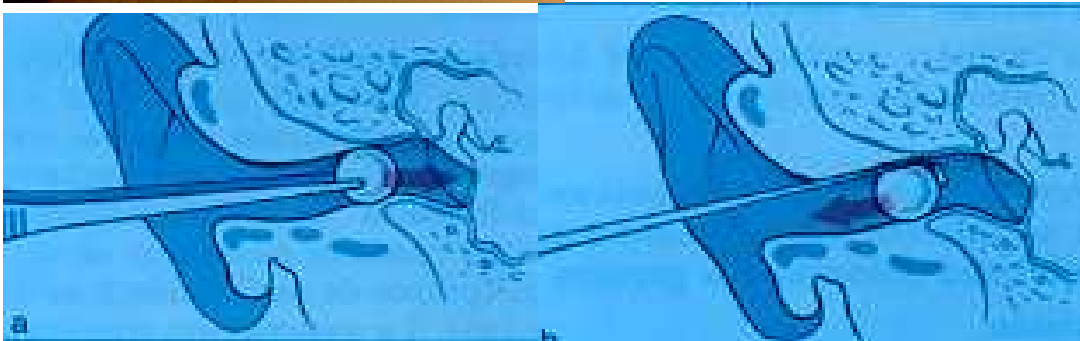
- Inorgánicos – Son los más frecuentes, pueden ser mina de lápiz, piedra, trozo de goma de borrar, abalorios,...
- Orgánicos, a su vez pueden ser de dos tipos:
 - Inanimados, como semillas de plantas.
 - Animados, como insectos.

Generalmente el paciente acude al Servicio de Urgencias, y el tratamiento consiste en la extracción mediante agua. Se utiliza una jeringa de aproximadamente 200 cc, que se aplica sobre el CAE, el chorro de agua impacta sobre el tímpano y al salir el agua arrastra el cuerpo extraño. Si así no se puede extraer, se recurrirá a la utilización de un ganchito mediante otoscopia o microscopio. En el caso de patología en el oído, como

perforación timpánica u oído crónico, es recomendable no realizar extracción mediante lavado. En el caso de semillas es conveniente extraerlo pronto ya que estas se pueden dilatar en el CAE y luego es más costosas su extracción. En el caso de insectos, si están vivos es conveniente matarlos previamente a la extracción con unas gotas de alcohol o de vinagre.



- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Cuerpos extraños 2.- Técnica de lavado. 3.- Técnica de extracción <ol style="list-style-type: none"> a) NO se debe realizar b) Extracción con ganchito |
|---|



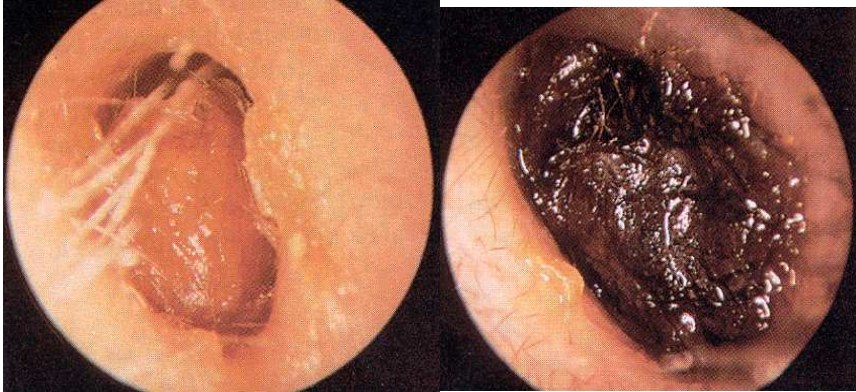
TAPONES DE CERUMEN. TAPONES EPIDÉRMICOS

Los tapones en el CAE son una patología muy frecuente. Se producen por acumulo de cerumen segregado por las glándulas ceruminosas del CAE, o por acumulación de detritus de descamación epidérmica de la piel del CAE en el caso de los tapones epidérmicos.

La cera que segregan las glándulas ceruminosas es beneficiosa para la piel del CAE ya que actúa manteniendo el pH adecuado, y produce una película que ayuda a proteger el oído externo de infecciones. Por ello no es adecuada una limpieza excesiva del CAE ya que elimina la cera que es beneficiosa, solamente en el caso de una producción excesiva y la formación de un tapón se debe eliminar.

En el caso de los tapones epidérmicos, se produce una descamación excesiva de la piel del CAE y acaba formando tapones.

En ambos casos, el paciente nota sensación de taponamiento e hipoacusia de transmisión. El tratamiento es la extracción mediante lavado. A veces en el caso de los tapones de cerumen es conveniente ablandarlos con productos ceruminolíticos o bien aceite de oliva para facilitar la extracción. En el caso de que no se pueda realizar mediante lavado o bien en caso de perforación timpánica, se recurrirá a extracción mediante ganchito. En el caso de tapones epidérmicos, a veces requiere varias sesiones para su extracción ya que es más dificultosa.



Tapones de cerumen

ECCEMA

Se trata de una dermatitis de la piel del CAE en la que se produce primero una fase eritematosa y vesiculosa, con secreción serosa, que denominamos eccema húmedo; y una fase posterior en la que se forma una costra y hay una descamación, que denominamos eccema seco.

El paciente suele notar prurito como síntoma predominante. Es conveniente tener precaución con la entrada de agua ya que puede producir infecciones sobreañadidas. El tratamiento consiste en pomadas con corticoides.



Eccema

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Otorrinolaringología y patología cérvico-facial. Ignacio Cobeta. Ars Médica. 2003.

2. Otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. Lee. McGraw-Hill Interamericana. 2001.
3. Manual de Otorrinolaringología 2ª Edición. Ramirez R and cols, ed. McGraw-Hill Interamericana. 2007.
4. Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. C. Suárez and cols. Ed. 2ª Edición. Editorial Panamericana. 2007.