

Otitis externa aguda

Inflamación difusa del canal auditivo externo que puede involucrar membrana timpánica, ocasionada por una infección secundaria a la ruptura de la barrera mecánica que proporciona el cerumen en presencia de aumento de la temperatura y humedad.



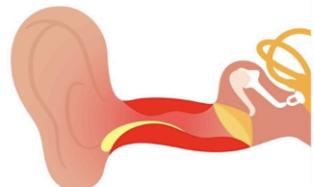
Etiología

Cerca del 98% de los casos de la OEA son de tipo bacteriano, los más frecuentes son *pseudomonas aeruginosa* (20% a 60%) y *staphylococcus aureus* (10% a 70%).



Epidemiología

- La inflamación externa del oído es más frecuente en adultos (a diferencia de OMA).
- Incidencia aproximada del 10% de la población mundial, varía en diferentes regiones.



Si se realizara **natación** >> hay que **acidificar el canal auditivo externo antes y después** de usar tapones blandos (5 gotas de **vinagre blanco**)



F. de riesgo

- Exposición al agua.
- Depósitos de jabón.
- Gotas alcalinas.
- Trauma local con cotonetes.
- Autolimpieza.
- Irrigación.
- Audífonos.
- Alteración del pH.



Dolor al presionar el trago

CLÍNICA

- Inicio rápido de la **sintomatología < 48 hrs**
- Otalgia severa con irradiación temporomandibular y craneofacial**
- Signo del trago positivo**
- Otros: prurito, plenitud ótica, eritema, edema, otorrea

Diagnóstico es clínico completado con otoscopia en busca de otorrea, eritema o edema de CAE y eritema de membrana.

TRATAMIENTO

1^a ELECCIÓN: 5 GOTAS NEOMICINA - POLIMIXINA B - FLUOCINOLONA C/8 HRS POR 7 DÍAS

2^a: NEOMICINA-DEXAMETASONA / 3ra CIPRO-HIDROCORTISONA

EN CASO DE PERFORACIÓN DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA NO INDICAR GOTAS ÓTICAS

LEVE A MODERADO: PARACETAMOL + NAPROXENO 48-72 HRS



SEVERO: DEXTROPROPOXIFENO POR 48 HRS MAX

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Ácido acético en gotas (**vinagre 5-10 gotas**) c/8 hrs + antibiótico
- Ocluir con algodón y petróleo (vaselina) durante baño
- Mantener oído ventilado
- NO audífonos, ni natación

CRITERIOS DE REFERENCIA

- **Datos de alarma: incremento de dolor o sin mejoría en 48-72 hrs**
- Perforación timpánica
- OEA con cuerpo extraño, tapón de cerumen
- Fiebre, celulitis

ENARM 2023

Complicaciones

La OEA maligna es una otitis necrosante u osteomielitis del hueso temporal producida por pseudomonas.

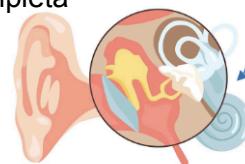
• Está asociada a diabetes mellitus e inmunosupresión

Otosclerosis

Enfermedad **metabólica ósea** primaria de la **cápsula ótica** (cóclea, vestíbulo y canales semicirculares) y **cadena osicular** (martillo, yunque y estribo) que causan **fijación de los huesecillos**.

EPIDEMIOLOGÍA

- **60% herencia** autosómica dominante con penetrancia incompleta
- 2:1 Mujer
- Pérdida de la audición inicia a los 15-45 años
- 89% bilateral



La presentación **bilateral** es más frecuente que unilateral.

CLASIFICACIÓN - FASE

Inicial >> otoespongiosis: hiperplasia reactiva

Transición >> reabsorción ósea

Tardía otoesclerosis >> forma tejido osteoide

Foco de otoesclerosis >> 95% platina del estribo y 90% ventana oval

F. de riesgo

Infecciones virales (sarampión), autoinmunidad, hormonales e inflamatorios. La deficiencia de fluoruro de sodio (NaF) aumenta reabsorción ósea.

CLÍNICA

1. Hipoacusia (lentamente progresiva (tonos graves)
 - a. 70% bilaterales se presenta clínicamente caída de 25 dB
2. Acúfeno 80% (percibir sonidos que no proceden de fuentes externas)
3. Trastornos de equilibrio 25%

Tríada de Holmgren: Sequedad en piel con ausencia de cerumen, hiposensibilidad táctil y ausencia de reflejo vascular.

Signo de Schwartz: Hipervascularidad del promontorio, o enrojecimiento del promontorio

DIAGNÓSTICO

Inicial

1. **Acumetria** (vía ósea que se superpone a la vía aérea)
2. **Rinne negativo y weber** lateralizado al lado más afectado

Confirmatorio (2do nivel)

1. **Audiometría** >> presentará escotoma de Carhart caída 2000 Hz vía ósea

Estudio de elección

TAC >> valora cambios óseos

Tratamiento

- **Fluoruro de sodio** el cual previene la aparición y progresión de la hipoacusia en los pacientes con otosclerosis.
- **Estapedectomía** si cumple los criterios quirúrgicos (segundo nivel).

Estapedectomía (remoción total de superestructura del estribo)

Otitis media aguda

La Otitis Media Aguda (OMA) es una infección respiratoria autolimitada del oído medio, de inicio súbito, provoca inflamación, otalgia, fiebre e irritabilidad. Afecta principalmente a la población pediátrica y tiene una duración habitual de 3 a 7 días.

OMA recurrente

- ≥ 3 episodios en 6 meses
- ≥ 4 episodios en 12 meses

OMD (otitis media con derrame)

- Líquido en oído medio o caja timpánica sin signos o síntomas de infección aguda, presentan **hipoacusia**

ETIOLOGÍA >> bacterias 55-64% y virus (generalmente se presentan simultáneamente)

1. **H. influenzae** 34%
2. **S. pneumoniae** 29%
3. **M. catarrhalis**

EPIDEMIOLOGÍA

- 90% Niños < 5 años
- $\frac{2}{3}$ OMA
- $\frac{1}{3}$ OM con derrame

CLÍNICA

- Inicio agudo < 48 hrs
 - Otalgia
 - Fiebre
 - Irritabilidad
 - Otorrea +/-
- Hipoacusia >> sospecha de OMD

FACTORES DE RIESGO PARA OMA	
NO MODIFICABLES	MODIFICABLES
Edad Género masculino Origen étnico (caucásico) Gemelo en guardería Nacimiento prematuro Inmunodeficiencias Atopía Factores anatómicos como disfunción de la trompa de Eustaquio o anomalías craneofaciales. Factores genéticos	Acudir a guardería Tipo de alimentación (falta de lactancia materna exclusiva) Exposición a tabaquismo pasivo y contaminación Uso de pacificadores (chupones y biberones) Obesidad

VCN13

S19A

DIAGNÓSTICO Clínica +

1. **Elección Otoscopia neumática**
 - Hiperemia o color amarillo de MT
 - Líquido en oído medio (abombamiento de MT o movilidad reducida)
2. Otoscopio + timpanometría

Otros estudios

- Audiometría > 4 años con problemas de lenguaje
- TAC >> sospecha de mastoiditis
- RM >> sospecha de compromiso intracranegal
- Timpanocentesis >> falla a tx para cultivo

La otoscopía neumática es el método de diagnóstico de elección, por la posibilidad de realizar exploración dinámica.



Normal



OMA



Perforada



OMD

- En ausencia de un otoscopio neumático, los pediatras deben combinar el uso de un otoscopio estático y timpanometría.
- En caso de estar disponible realizar video endoscopía u otomicroscopia.

Indicaciones de Timpanometría

- Intolerancia o imposibilidad para realizar otoscopia neumática.
- Obstrucción del conducto auditivo externo que impide visualizar membrana como cerumen impactado o conducto estrecho.
- Confirmación diagnóstica de otitis media con derrame.

TRATAMIENTO**1. Esperar y vigilar 48-72 hrs (viral)**

- a. Niños > 2 años con OMA leve bilateral o severa unilateral
 - i. Ibuprofeno 8-10 mg/kg dosis c/6-8 hrs
 - ii. Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis c/4-6 hrs
 - iii. Valoración

2. Antibiótico temprano

- a. Niños < 2 años
- b. Niños > 2 años con OMA severa bilateral, complicaciones, otorrea o recurrencia

Antibióticos

1. **Amoxicilina** 80-90 mg/kg /día VO c/8 hrs x 7 días (14 días < 2 años si hay FR o OMA grave)
2. **Amoxicilina con ácido clavulánico** 80-90 mg/kg /día VO c/8 hrs x 7 días
 - Infección grave
 - Atb en los últimos 30 días
 - Ausencia de mejoría
3. Alérgicos a penicilina
 - **Clarithromicina** 7.5 mg/kg/dosis VO c/12 hrs x 10 días
 - Cefalosporina clase II o III

Gotas anestésicas en > 3 años de edad y no hay perforación

Los antihistamínicos, descongestionantes, terapia antirreflujo y esteroides nasales tópicos son ineficaces en OMA y OMD.

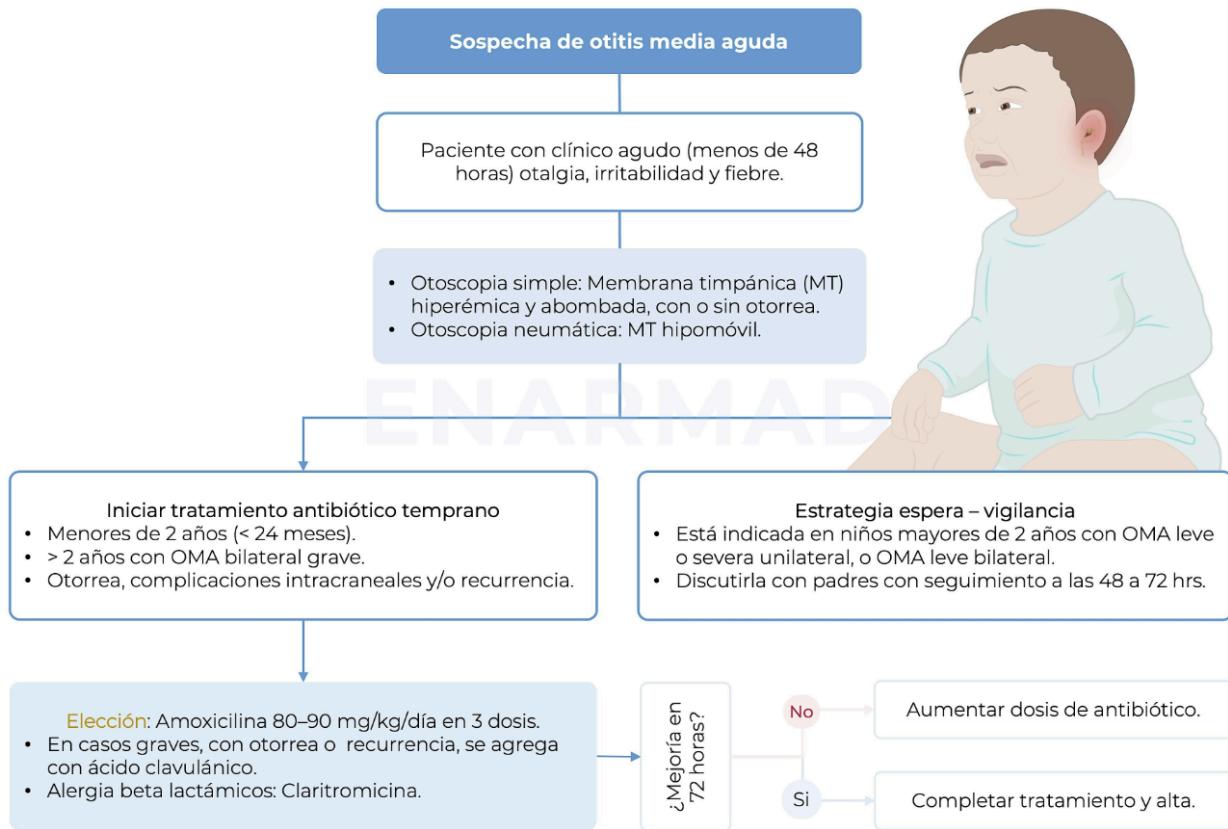
En otitis media con derrame (OMD) sin factores de riesgo, se indica vigilancia por al menos 3 meses. La colocación de tubos de ventilación se reserva para casos crónicos con trastornos del desarrollo, vestibulares o impacto en la calidad de vida.

Complicaciones

2024

Las complicaciones, aunque menos frecuentes en la era de los antibióticos, requieren atención especializada inmediata.

- Intratemporales: mastoiditis, absceso subperióstico, parálisis facial, petrositis, fistula laberíntica e hipoacusia.
- Intracraneales: absceso epidural, trombosis del seno venoso lateral (sigmoideo), trombosis de la vena yugular interna.



Si después de aumentar dosis de amoxicilina no hay mejoría se recomienda cambiar antibiótico a cefixima o ceftriaxona.