

# Patología otológica frecuente

*-Puesta al día en O.R.L.-*



Dr. Matías López Paullier\*, Dr. Andrés Munyo\*\*

\*Médico Otorrinolaringólogo, Asistente Grado 2 de la Cátedra de Otorrinolaringología.

\*\*Médico Otorrinolaringólogo

Facultad de Medicina, Universidad de la República.



**Resumen:** Dentro de la otorrinolaringología, las afecciones del oído constituyen la causa más frecuente de consulta, tanto en policlínica como en urgencia.

Mientras la patología en el oído medio y externo se va a manifestar fundamentalmente con dolor y otorrea, la patología del oído interno se va a presentar con hipoacusia.

La otoscopia, maniobra instrumental rápida y sencilla, es el principal método de diagnóstico en la patología de oído medio y externo.

Estacionalmente, la patología del oído medio prevalece en invierno y la patología del oído externo en verano.

**Palabras clave:** Enfermedades del oído, otoscopia, oído interno, oído medio, oído externo.

**Abstract:** In otolaryngology, ear diseases, are the most frequent cause of ear nose and throat appointments, both in clinic and in urgency.

While the external and middle ear pathology will primarily manifest pain and otorrhea, the inner ear pathology is presented with hearing loss.

Otoscopy, quickly and easy instrumental maneuver, is the main method of diagnosis in the pathology of external and middle ear.

The middle ear pathology will prevail in winter and the external ear pathology in summer.

**Keywords:** Diseases of the ear, otoscopy, inner ear, middle ear, outer ear.

## Introducción

El oído, a pesar de su pequeño tamaño, es un órgano sensorial complejo, cuya función primordial es la audición, pero también tiene una participación activa en el control del equilibrio. La audición es el primer sentido que se desarrolla. Desde el octavo mes de embarazo el bebé muestra respuesta ante los estímulos sonoros del medio ambiente.

En lo que refiere a la fisiología auditiva, el oído externo conduce el sonido, el oído medio lo amplifica y el oído interno es el encargado de transformar un estímulo sonoro en uno eléctrico, que será representado a nivel de la corteza auditiva como una percepción auditiva.

## Patología del oído externo

La patología del oído externo predomina ampliamente en el verano, ya que el principal factor de riesgo lo constituye el exceso de agua en el canal auditivo, relacionado con los baños de inmersión en playas y piscinas. (Ver Tabla 1)

### Otitis externa difusa aguda

Es la infección de la piel del conducto, dermo-epidermitis, que se produce por la maceración de la piel por exceso de

agua (piscina, termas) o por una lesión traumática (limpieza del conducto con cotonetes). El paciente consulta por otalgia intensa, otorrea y oído tapado. Se evidencia dolor a la palpación del trago y del piso del conducto auditivo, y a la inspección se observa la piel del conducto eritematosa y edematosa con secreciones y detritus en su interior. Los gérmenes más habituales son gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa*, la más frecuente) y *Staphylococcus aureus*.<sup>(2)</sup>

El tratamiento inicialmente es tópico, con gotas de antibiótico (ciprofloxacina) asociadas a corticoides (hidrocortisona), además de aspirar las secreciones y medidas de oído seco (no mojar el oído y secador de pelo con aire frío). En infecciones con extensión al pabellón auricular, severas o persistentes, y en inmunodeprimidos se administra además antibiótico por vía oral (ciprofloxacina).<sup>(3)</sup>

### Otomycosis

Es la infección micótica del conducto auditivo externo (CAE), que cursa con prurito intenso. Es causada generalmente por *Aspergillus niger* y *Candida albicans* y se reconoce por el material algodonoso blanco grisáceo que puede ocluir todo el conducto. El tratamiento se basa en una aspiración exhaustiva del CAE bajo visión microscópica y gotas locales antimicóticas.

**Breve reseña anatómica<sup>(1)</sup>**

La descripción y el conocimiento de los detalles anatómicos de las tres porciones del oído determinará en gran medida, el éxito en el diagnóstico y en el tratamiento de las diferentes patologías a tratar.

**El oído externo**

Está conformado por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo, del cual los dos tercios internos son óseos y el tercio externo es cartilaginoso. Tiene como misión captar las variaciones de presión sonora transmitidas por el aire y conducirlas hacia el oído medio.

**El oído medio**

El oído medio es un conjunto de cavidades aéreas interconectadas, labradas en el hueso temporal, el

**Figura 1. Esquema de las tres porciones del oído**



cual incluye tres estructuras: caja timpánica, trompa de Eustaquio y mastoides. En el interior de la caja del tímpano se encuentra la cadena osicular conformada por el martillo, yunque y estribo. Destacamos que la trompa de Eustaquio prolonga las vías aerodigestivas altas hacia el interior del peñasco, por lo que el oído medio constituye parte de estas vías.

La pared externa de la caja está conformada por la membrana timpánica, la cual consta de dos zonas separadas por los ligamentos tímpano-maleolares:

- **Pars tensa:** es la más extensa, en ella protruye el mango del martillo, consta de tres capas y tiene el triángulo luminoso en el cuadrante antero-inferior.

**Figura 2. Imagen otoscópica normal**



- **Pars flaccida o membrana de Shrapnell:** en la parte superior, no tiene capa intermedia fibrosa y, por tanto, es más débil, lo que la hace más susceptible

de invaginación o de retracción hacia el oído medio.

**El oído interno o laberinto**

El oído interno es una estructura ósea (laberinto óseo), en cuyo interior, flotando en la perilinfa, está el laberinto membranoso, que contiene en su seno la endolinfa. Se pueden definir dos zonas con funciones distintas:

- **Laberinto anterior o cóclea,** en su interior, sobre la membrana basilar, está el órgano de Corti, con las células ciliadas internas y externas.
- **Laberinto posterior,** consta de dos partes: el vestíbulo (compuesto por sáculo y utrículo) y los tres conductos semicirculares, que parten del utrículo y están dispuestos en los tres planos del espacio.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las otitis		
	Otitis Externa Difusa Aguda	Otitis Media Aguda
Época del año	Verano	Invierno
Vía de entrada	CAE (playas, piscinas)	Trompa de Eustaquio (IRA Alta)
Etiología	<i>Pseudomona, S. aureus</i>	<i>S. pneumoniae, H. influenzae</i>
Clínica	Dolor en trago/Otoscopia	Otoscopia
Tratamiento	Tópico (Ciprofloxacina)	Sistémico (Amoxicilina)

**Tapón de cerumen**

Es el cerumen compactado e impactado en el conducto auditivo externo, que cuando obstruye por completo el CAE produce hipoacusia y sensación de oído tapado encontrando en la otoscopia un tapón de color marrón o negro. El tratamiento es la extracción mediante un lavado con agua tibia (siempre y cuando no haya perforación timpánica), aspiración o maniobras instrumentales. Si está muy seco conviene ablandarlo previamente mediante la colocación de agua oxigenada de 10 volúmenes por 48-72 horas.

**Cuerpos extraños**

Es frecuente que vuelen insectos y se introduzcan en el CAE, produciendo un dolor intenso y la desesperación de la persona frente al aleteo del insecto. El tratamiento consiste en ahogar y matar al insecto con alcohol o una sustancia oleosa (vaselina líquida), para luego extraerlo con un lavado o maniobras instrumentales. Los cuerpos extraños inanimados como una cuenta de collar, o una piedra, conviene derivarlo al especialista, ya que si no

tenemos la práctica e instrumental adecuados podemos producir más daño que beneficio.

**Patología del oído medio**

La patología del oído medio predomina ampliamente en el invierno, ya que el principal factor de riesgo lo constituyen las infecciones respiratorias altas, con mayor incidencia en esta época del año. (Ver Tabla 1)

**Otitis Media Aguda (OMA)**

La otitis media aguda es un proceso infeccioso agudo de la mucosa que tapiza las cavidades del oído medio, que, en condiciones normales, es estéril. Suele ser una infección monobacteriana y los gérmenes más habituales son: *Streptococcus pneumoniae, H. influenzae, M. catarrhalis* y *S. pyogenes*. Presenta 3 estadios clínico patológicos:

- una primer fase de hiperemia y congestión,
- una segunda fase de exudación y
- una tercera fase (que no siempre se produce) de supuración.<sup>(4)</sup>

La vía de propagación más común es a través de la trompa de Eustaquio, con una diseminación retrógrada de infecciones del tracto respiratorio superior hacia el oído. La mayor incidencia de la enfermedad se presenta en los meses de invierno y entre los 6 meses y los 3 años de edad. La mayor incidencia en niños es debido a

una deficiente función de la trompa de Eustaquio (más horizontal y más corta) y a la presencia de un reservorio de bacterias patógenas en rinofaringe por la frecuente hipertrofia adenoidea.

La otitis media aguda se presenta en el contexto de una infección respiratoria alta, con otalgia, hipoacusia, sen-

**La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud**



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

**Secciones**

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: [www.farmanuario.com](http://www.farmanuario.com)  
[tendencias@farmanuario.com](mailto:tendencias@farmanuario.com)

**Figura 3.**  
**Otomastoiditis Exteriorizada**



sación de oído tapado, y en el niño fiebre, irritabilidad y rechazo al alimento. Al examen no presenta dolor a la palpación del trago y en la otoscopia se ve una membrana timpánica procidente, opaca, congestiva y sin el brillo característico.<sup>(5)</sup>

Su tratamiento médico temprano con antibióticos detiene, cura y minimiza el riesgo de complicaciones. Se lleva a cabo mediante antibioterapia sistémica empírica de amplio espectro. La amoxicilina es de primera elección, en adultos 500 mg cada 8 horas y en niños 50 a 100 mg/kg/día, en tres dosis, por 10 días. Frente a una mala evolución y/o la sospecha de gérmenes productores de betalactamasas, indicaremos amoxicilina clavulánico o cefuroxime axetil. En los pacientes alérgicos a los betalactámicos se indican macrólidos, y si no toleran el antibiótico por

vía oral, puede realizarse ceftriaxona I/M de 1 a 3 dosis. Debido a la buena respuesta a los antibióticos, rara vez es necesario, recurrir a la cirugía como ser una timpanocentesis y/o mastoidectomía.<sup>(6,7)</sup>

**Otitis Media Crónica (OMC)**

Se trata de una inflamación crónica (más de 3 meses de evolución) del oído medio, cuya característica fundamental es la presencia de una otorrea purulenta crónica o recidivante.

Existen dos grandes formas clínicas:

- **Otitis media crónica simple o benigna:** es la inflamación crónica y recidivante de la mucosa del oído medio, debido a la presencia de una perforación timpánica central.
- **Colesteatoma u otitis media crónica colesteatomatosa:** a punto de partida de una perforación marginal (periférica) el epitelio del conducto auditivo externo invade las cavidades del oído medio, conformando un quiste epitelial, el cual se comporta como un pseudo tumor. El mismo es capaz de sintetizar una serie de sustancias que producen osteólisis, destrucción del oído medio y, por tanto, un elevado riesgo de complicaciones que obligan siempre a su tratamiento quirúrgico.<sup>(8)</sup>

En ambos tipos, los gérmenes involucrados son saprofitos del CAE por lo que constituye una flora mixta polimicrobiana, donde predominan *Pseudomona aeruginosa*, gramnegativos y *S. aureus*). El tratamiento durante la fase activa supurativa se realiza con antibioticoterapia local (3 gotas cada 12 horas) y/o sistémica, siendo los antibióticos de elección las quinolonas del tipo ciprofloxacina.

**Complicaciones de las otitis medias agudas y crónicas**

Debido a la cercanía del oído medio con estructuras nobles, como ser las meninges o el nervio facial, una otitis media aguda o crónica puede complicarse, las complicaciones pueden clasificarse en dos grupos:

- **Intratemporales u otógenas e**
- **Intracraneales.**

**Intratemporales u otógenas**

• **Mastoiditis**

La mastoiditis constituye la complicación más frecuente, y supone no sólo la existencia de una ocupación mastoidea, sino de una afectación ósea con osteólisis. En la clínica hay persistencia de los síntomas, con dolor a la presión mastoidea, edema y eritema retroauricular, con fiebre y malestar general. Frente a la sospecha de mastoiditis es necesario ingresar al paciente, comenzar antibióticos parenterales y solicitar una Tomografía de Urgencia, ante la necesidad de un tratamiento quirúrgico con timpanocentesis y/o mastoidectomía según la evolución.<sup>(9)</sup> (Ver Figura 3)

Otras complicaciones intratemporales son la parálisis facial periférica, petrositis y laberintitis.

**Intracraneales**

Por orden de frecuencia son las siguientes:

- Meningitis otógena
- Abscesos subdural, extradural y cerebral
- Tromboflebitis del seno lateral: cursa con cefalea, síntomas sépticos (fiebre en picos y malestar general). El diagnóstico se realiza con RMN y/o arteriografía.

Conviene recordar que casi todas las complicaciones de las otitis medias crónicas requieren tratamiento quirúrgico.<sup>(10)</sup>

**Patología del oído interno (hipoacusias)**

**Presbiacusia**

Constituye el envejecimiento de todo el sistema auditivo, es el tipo de sordera más frecuente en las personas mayores de 50 años y se manifiesta como una hipoacusia bilateral, simétrica y progresiva. Cuando dicha hipoacusia afecta la calidad de vida, el tratamiento debe apuntar a la reinserción social mediante la amplificación con audioprotésis.

**Sordera súbita**

Constituye una hipoacusia neurosensorial, generalmente unilateral, de inicio brusco, acompañada frecuentemente de acúfeno, la cual implica la claudicación súbita del sistema auditivo. En estos pacientes se debe realizar evaluación audiológica, estudios de sangre para descartar patología infecciosa, autoinmune y resonancia magnética para descartar neurinoma del acústico.

**Ototoxicidad**

Existen algunos medicamentos (aminoglucósidos, diuréticos, agentes quimioterápicos, etc.) que poseen efectos tóxicos sobre la cóclea. En la actualidad, las emisiones otoacústicas nos permiten hacer diagnóstico antes de que se manifieste la sintomatología.

**Trauma acústico**

La hipoacusia inducida por ruido puede ser causada por un solo estímulo sonoro intenso, como el disparo de un arma de fuego o por una exposición prolongada a estímulos menos intensos (exposición laboral). De forma característica, en el audiograma tonal se afecta en primer lugar los 4000 Hz, dando un escotoma en esa frecuencia.

**Hipoacusias infantiles**

Afecta a 1 por cada mil recién nacidos vivos y el 80% de los casos comienzan en el primer año de vida. Pueden ser prelinguales (antes de la adquisición del lenguaje, en menores de 2 años), o postlinguales (después de adquirir el lenguaje, mayores de 5 años) y las causas las podemos dividir en genéticas (60%) y adquiridas (40%).<sup>(11)</sup>

El tratamiento debe instaurarse lo más rápido y temprano posible para adquirir un lenguaje y un desarrollo intelectual adecuados. Este consiste en el empleo de prótesis auditivas, si existe reserva coclear útil, o mediante la colocación de implantes cocleares en las sorderas bilaterales cocleares con pérdida mayor a 90 dB.

**Artículo recibido:** 04/2013  
**Aprobado para publicar:** 05/2013

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- **Actualización médica continua**
- **Todas las especialidades médicas y quirúrgicas**
- **Escrita por destacados profesionales**

Contactenos:  
[www.farmanuario.com](http://www.farmanuario.com) - [tendencias@farmanuario.com](mailto:tendencias@farmanuario.com)

Bibliografía

1. Testut L, Lataryet A. Tratado de Anatomía Humana. Ed Salvat; 1975.
2. López-Cortijo J, Vegara J. Patología del oído externo: Manual de Otorrinolaringología. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1998; 1:p 45-52.
3. Richard M. Rosenfeld, Lance Brown, C. Ron Cannon et al. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Volume 134, Issue 4, Supplement, April 2006, Pages S4-S23.
4. Gil-Garcedo LM. Otología. Valladolid: Vila Sala hnos; 1995.
5. Georges GA. Acute otitis media and otitis with effusion. Cap 156. En: Cummings Otolaryngology, 1996.
6. Glasziou P, Hayem M, Del Mar C. Antibiotics for acute otitis media in children. 2000. The Cochrane Library, Issue 1, Oxford: Update Software.
7. Lieberthal A., Carroll A., Chonmaitree T. et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics 2013;131(3):964-999.
8. Gil-Garcedo, LM et al. Otología. Capítulo 11; editorial Menarini Area Científica; 1995. P. 282-97.
9. Cummings CW, et al. Otolaryngology, Head and Neck Surgery. 3 ed. 1999; edit Mosby.
10. Dhooge IJ, Albers FW, Van Cauwenberge PB. Intratemporal and intracranial complications of acute suppurative otitis media in children: renewed interest. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999;49:S109-S114.
11. Paparella MM, et al. Otolaryngology, 1991; third edition.