

Otitis externa en el verano

La otitis externa engloba aquellas alteraciones inflamatorias del canal auditivo externo, ya sean de tipo alérgico como infeccioso. Ocurre en un 10% de la población en algún momento de su vida, aparece con mayor frecuencia en verano, en las zonas tropicales y húmedas, o en relación con las actividades acuáticas (piscina, playa...).

PATOGENIA

La anatomía del conducto auditivo externo (CAE) se puede estructurar en dos partes: la porción más externa del canal, que es cartilaginosa y se compone de una piel gruesa con numerosas estructuras: glándulas productoras de cerumen, glándulas sebáceas, folículos pilosos, y es esta porción la que secreta el cerumen.

La porción más interna es la ósea, recubierta por una fina capa de piel sin tejido subcutáneo; la dermis está en contacto directo con el periostio, por ello una lesión en dicha zona produce un dolor muy intenso. El receso timpánico inferior es una depresión adyacente al tímpano donde pueden acumularse detritus y causar o perpetuar una infección.

La capa de cerumen crea una barrera ácida que inhibe el crecimiento fúngico y bacteriano. Al destruirse o alterarse dicha barrera por excesiva limpieza, o favorecido con la intensa humedad que proporciona el gorro de baño, la piscina y las zonas tropicales se facilita la aparición de otitis externas.

La otitis externa maligna o necrotizante puede ser una complicación de la otitis externa. Se da en pacientes diabéticos, inmunodeprimidos y ancianos. El tratamiento debe ser mucho más agresivo.

CLÍNICA

Son diversas las lesiones que se producen a nivel del conducto externo. Se objetiva edema y eritema en el conducto auditivo externo, que habitualmente se acompaña de prurito y de dolor. Al rascarse el individuo aún daña más la capa de cera y puede lesionar superficialmente la piel.

Los patógenos más frecuentes son *P. aeruginosa* y *S. aureus*. En una tercera parte suele ser polimicrobiana. En menor porcentaje de pacientes pueden aparecer patógenos anaerobios como un pepto estreptococo o un bacteroides. Los hongos más frecuentes son *Aspergillus* y *Candida*.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la OE suele ser muy agradecido. Habitualmente es suficiente con utilizar algún preparado de tópicos.

Primer paso: limpieza de la zona de todo el material y detritus mediante otoscopio e irrigar la zona con agua oxigenada rebajada.

Segundo paso: tratamiento de la inflamación y de la infección:

- Paciente leve: (edema mínimo en CAE) limpieza y agente tópico. Visita de control en 2 semanas.
- Enfermedad moderada: (CAE parcialmente ocluido) limpieza y agente tópico, algunas veces antibióticos vía oral (control en una semana).
- Enfermedad avanzada: derivar a ORL para valorar drenajes.

Soluciones acidificantes: ácido bórico, ácido acético al 25%, ácido salicílico, ácido cítrico y ácido sulfúrico.

Los corticosteroides tópicos (dexametasona o acetónido de triamcinolona al 0,1%) y los antibióticos (polimixina B, neomicina, gentamicina y tobramicina) oftálmicos combinados con las soluciones acidificantes son los tratamientos más utilizados.

En los casos de gravedad se recomienda el uso de tratamiento antibiótico por vía oral usando betalactámicos como amoxiclavulánico, cefalosporinas o quinolonas como ciprofloxacino y levofloxacino (éstas presentan una alta penetración al cartilago) y buena cobertura tanto para la *P. aeruginosa* como el *S. aureus*.