

II. ENFERMEDADES DEL OÍDO EXTERNO

Sumario:

Traumatismos del pabellón auricular. Otohematoma y otoseroma. Pericondritis crónica del diabético. Afecciones virales. Tumores. Traumatismos del conducto auditivo externo. Otitis externas. Otitis externa circunscrita. Otitis externa difusa aguda. Otitis externa en el diabético. Otomicosis. Cuerpos extraños.

Traumatismo de la oreja

Trauma extraordinariamente frecuente por ser este órgano uno de los puntos de relieve más prominentes del cráneo y por tanto más vulnerable a heridas y en contusiones o traumas cerrados.

Heridas del pabellón auricular

Pueden adoptar diversas formas en relación con el agente causal y varían desde heridas de bordes bien definidos (como las causadas por armas blancas u objetos cortantes), hasta lesiones de bordes anfractuados con límites imprecisos (mordidas de animales o de seres humanos).

Debido a la buena irrigación sanguínea del pabellón auricular, las heridas abiertas sangran abundantemente, pero no llegan al límite de generar signos hipovolémicos, salvo que haya seccionado la arteria temporal superficial, rama de la carótida externa, en cuyo caso el paciente puede llegar a nosotros con signos de shock.

Conducta a seguir

Debe de actuarse siguiendo las reglas generales para toda herida, es decir, en primer término realizar la hemostasis, retirar toda partícula extraña y lavar cuidadosamente con una solución antiséptica apropiada (benzalconio, agua oxigenada, etc.).

A continuación se practica la sutura y la reconstrucción del pabellón, bajo el estricto criterio de que se debe conservar todo el tejido posible, especialmente el cartílago, que salvo que se encuentre totalmente desprendido del pericondrio se respetará, las áreas con pérdida de sustancia quedaran bien drenadas y con gasas impregnadas en soluciones antibióticas. La capacidad de restauración es tal, que resultan asombrosos los resultados obtenidos, incluso en pacientes en los que han transcurrido más de 12 horas desde el trauma siempre y cuando la herida no se hubiese infectado, en cuyo caso la evolución no suele ser nada halagüeña; por tanto, el control de la posible y potencial infección en toda herida abierta debe ser la premisa indispensable a seguir por el médico.

Terminado el proceder quirúrgico de urgencia, se reactivará el toxoide tetánico y en caso de mordidas de animales debe de actuarse acorde con la situación zoonótica de la zona y seguir las orientaciones y normas epidemiológicas vigentes para este tipo de lesión.

Se indicará tratamiento con antibiótico, preferentemente con penicilina o sus variantes semisintéticas más modernas, o cefalosporinas; queda a criterio del médico de acuerdo con el tipo de herida, el grado de contaminación y el tiempo de evolución, el uso de antibióticos aminoglucósidos con el fin de controlar una infección potencial con gérmenes gramnegativos.

Otohematoma y otoseroma

Estas dos situaciones aparentemente sinónimas no lo son en la práctica, ya que entre las dos existen ligeras diferencias a tener presente. En el caso del otohematoma como su nombre lo indica, existe una acumulación de sangre entre el cartílago y el pericondrio, casi siempre como consecuencia de un traumatismo reciente, la distensión de este pericondrio resulta algo doloroso; en el caso del otoseroma, la colección es de tipo seroso, de color cetrino, suele

aparecer incluso sin el antecedente de trauma y su ubicación más frecuente es en la región conchal, mientras que el hematoma se extiende casi siempre hasta el borde anterior del helix y el seroma es generalmente indoloro.

Conducta a seguir

Será quirúrgica, ya que de lo contrario aparecerá el engrosamiento del periostio primero y después de la deformidad, conocida como oreja de púgil o en coliflor.

La conducta recomendada debe ser bajo la más estricta asepsia y antisepsia para evitar la pericondritis que en el caso del otohematoma siempre es iatrogénica.

El proceder inicial debe ser la punción con extracción del contenido hemático o seroso seguida de un vendaje compresivo que se mantendrá al menos durante tres días, si se produce una nueva colección, entonces debe de realizarse una sencilla operación llamada técnica de ventana, y que consiste en practicar una incisión sobre la región elevada, drenar la colección y practicar una pequeña resección rectangular de cartílago, pero sin eliminar el pericondrio de la cara que no está levantada, a continuación se colocará una férula que puede ser un botón de camisa o una lámina de plástico con dos hilos de sutura de transfixión, de manera tal que la piel y el pericondrio desplazado por el hematoma regrese a su lugar de origen, además es recomendable un vendaje compresivo al menos durante las 72 horas posteriores.

Pericondritis

Concepto

Es la infección del pericondrio auricular y la necrosis del cartílago subyacente, generalmente es una afección aguda, aunque en cierto tipo de enfermos (diabéticos, irradiados) puede adoptar una forma subaguda o crónica.

Patogenia

Puede ser ocasionada tanto por gérmenes grampositivos (formas agudas) o gramnegativos (formas crónicas).

Las bacterias alcanzan el pericondrio por diversas causas, principalmente como consecuencia de traumatismos abiertos, hematomas infectados, picaduras de insectos, y en ocasiones el paso a la profundidad de infecciones localizadas al inicio en la piel del pabellón auricular (dermatitis).

Cuadro clínico

En las formas agudas, puede ser de inicio notablemente súbito, el dolor es punzante y acompañado de latidos en la oreja, sensación urente o de quemadura y en no pocas veces aparecen síntomas generales y fiebre.

Al examen físico encontraremos la piel congestiva y edematosa, lo que la hace presentar un ligero lustre o brillo, es muy dolorosa a la palpación, a tal grado que el enfermo nos afirma que el roce de las ropas le resulta doloroso, la congestión cutánea está limitada al pabellón y no se extiende fuera de las zona donde hay cartílago, lo cual nos permite diferenciarlo de las dermatitis agudas y de la erisipela auricular, pero el signo más importante es el engrosamiento pericondrial que se hace evidente al palpar entre dos dedos el pabellón auricular y que no deja signo de Godet como en las enfermedades agudas de la piel.

Conducta a seguir

Es un proceso bacteriano agudo, donde predominan los estafilococos y otros grampositivos, por lo que están indicadas las penicilinas o cefalosporinas. Se recomienda la aplicación local

de compresas frías para reducir la inflamación y el dolor, así como analgésicos, en algunos enfermos en los que el dolor domina los síntomas, deben de añadirse sedantes.

Pericondritis supurada

Muchas veces es una complicación de una pericondritis aguda mal tratada, o producida por gérmenes resistentes, y en otros casos por la infección secundaria a traumatismos abiertos.

Cuadro clínico

Se presenta como un cuadro subagudo, aunque en los diabéticos de larga evolución lo hace de forma crónica, aquí aparece el engrosamiento pericondrial doloroso (pero no con la intensidad de las agudas), a la palpación bidigital se descubre un área fluctuante.

Conducta a seguir

Esta enfermedad requiere de una acción médica enérgica, ya que si bien las formas agudas responden a la antibioticoterapia, en la pericondritis supurada la resistencia a éstos es la regla, en parte debida al difícil acceso de los antibióticos a la zona de necrosis cartilaginosa por la isquemia generada por la infección y la avascularización del pericondrio, por lo que para evitar la inexorable evolución a la condronecrosis y por ende, la oreja en coliflor se combinará el tratamiento antibiótico con el debridamiento quirúrgico por curetaje y drenaje de todo el cartílago necrótico y del tejido de granulación, seguido de un minucioso lavado de la herida con agua oxigenada y otras soluciones antisépticas quirúrgicas modernas, el drenaje es obligatorio y en el posoperatorio se debe de estar alerta y eliminar precozmente toda recidiva de la necrosis del cartílago.

Pericondritis crónica del diabético

Enfermedad de descripción relativamente reciente, forma crónica de pericondritis exclusiva del diabético de larga evolución.

Debe distinguirse de otra infección del oído externo llamada otitis maligna del diabético; la diferencia fundamental está dada en que en la pericondritis crónica diabética la infección se localiza a la base y borde inferior del cartílago conchal, adoptando una típica supuración crónica, no se acompaña de dolor intenso, y se elimina con dicha supuración fragmentos necróticos de cartílago, no aparecen síntomas generales y el proceso está limitado al pabellón auricular. El agente microbiano más frecuente es la *Pseudomona aeruginosa* y las Klebsielas. El tratamiento requiere la combinación de una exéresis local de todo el tejido necrótico, el control estricto de la glicemia y el uso de antibióticos del tipo de los aminoglucósidos. La evolución es mucho más favorable que en la otitis maligna del diabético por ser un proceso muy localizado.

Afecciones virales del pabellón auricular

Se limitan a las lesiones herpéticas de este, la más común es el Herpes Zoster Auricular, provocado por el virus V-Z (varicela-zoster), muchas veces acompañada de parálisis facial periférica, integrando el Síndrome de Ramsay-Hunt.

El diagnóstico diferencial se efectuará con la pericondritis aguda, lo cual en algunas ocasiones no es fácil por el hecho de infectarse secundariamente las vesículas herpéticas características, pero para ello es muy útil conocer que las lesiones vesiculares están limitadas a la concha y entrada del conducto auditivo externo (zona sensitiva del nervio intermediario de Wrisberg).

Las lesiones no infectadas se tornarán costrosas y se secarán rápidamente, esta es su evolución natural. Suele persistir un dolor ótico con irradiación retroauricular que en ocasiones se torna difícil de aliviar (neuralgia poszosteriana).

La entidad no tiene tratamiento específico, aunque estudios recientes afirman el uso de interferones alfa-recombinantes y la aplicación local de pomadas que contienen amantidina y el aciclovir.

- **Tumores**

Siguiendo la regla general se clasificarán en benignos y malignos y casi siempre son de origen epitelial, ya que los condromas son una verdadera rareza en el pabellón auricular, al igual que los seudotumores o gomas de la sífilis terciaria.

Entre los primeros se encuentran los diferentes tipos de verrugas, queloides, y en el lóbulo de la oreja los quistes de inclusión epidérmica y sebáceos.

Los tumores malignos, también de origen epitelial, son por orden de frecuencia: el epitelioma basal y el carcinoma epidermoide; este tipo de lesión suele aparecer en la tercera edad y precedida de lesiones precancerosas de la piel, casi siempre producidas por la exposición prolongada durante años a la fuerte radiación solar de los trópicos.

El primero de estos tumores, y por cierto el más frecuente, es el basalioma, que se mantiene localizado por mucho tiempo en forma de ulceraciones tenebrantes, con pérdida de sustancia y de bordes elevados e indurados, estas lesiones no metastizan. Los carcinomas epidermoides son mucho más agresivos y como no existe una imagen patognomónica que permita diferenciarlos con certeza, el estudio anatomopatológico dirá la última palabra en cuanto a su malignidad.

Conducta a seguir

Siempre es preferible la exéresis de la lesión frente a otros procederes como la criocirugía o electrofulguración.

La gran tendencia a recidivar de estas lesiones nos obligan a ofrecer un buen margen de seguridad al enfermo y esto sólo es posible con la realización de dicha exéresis, siguiendo las normas oncológicas establecidas por la práctica: como regla general, debe abarcar hasta 10 mm del borde de la lesión. Muchos cirujanos que siguen esta conducta realizan ya en el mismo tiempo quirúrgico la reconstrucción plástica y si esta no procede, dejan preparadas las condiciones necesarias para un segundo tiempo.

En el seguimiento de estos enfermos, no resulta infrecuente que poco tiempo después, en la misma zona aparezcan lesiones similares, lo cual se debe al factor local creado, como es la “piel de marino”, las lesiones precancerosas cutáneas, y otros factores de riesgo, por lo que éstas no son consideradas persistencia tumoral, sino nuevas neoplasias.

Traumatismos del conducto auditivo externo

Pueden clasificarse en dos grupos:

- Traumas indirectos
- Traumas directos

- **Traumas indirectos**

La gran mayoría son consecuencia de heridas que produce el cóndilo mandibular al ser desplazado violentamente hacia detrás como resultado de un golpe sobre el mentón. Suelen

aparecer en los boxeadores profesionales, pero la gran mayoría se observan en aquellas personas que han tenido accidentes del tránsito, sobre todo en los motociclistas.

El cuadro clínico está dado por otorragia pura, es decir, aquella que forma coágulo sanguíneo y no tiene contenido acuoso, este detalle es muy importante ya que los heridos generalmente son politraumatizados y puede existir la duda razonable de que si la otorragia procede del interior del cráneo por una fractura de su base y que la sangre salga a través de la membrana timpánica rota, en este caso de hematomoliquorrea dicha sangre no forma coágulo y no resulta difícil observar la salida de líquido cefalorraquídeo mezclado con esta.

Una vez establecido el diagnóstico de trauma indirecto del conducto mediante la otoscopia, en la que observaremos la lesión siempre situada en el tercio externo del conducto y en su pared anterior, se procederá a hacer una limpieza cuidadosa del conducto usando las más estrictas medidas de asepsia, y a continuación colocaremos dentro de éste varias capas de finas gasas con pomada antibiótica; con esta simple medida, a la vez que se controla un sangramiento que generalmente no es importante, se evita la ulterior estenosis cicatrizal. Se utilizarán antibióticos profilácticos y analgésicos.

• **Traumas directos**

Este tipo de lesión es muy frecuente y puede verse tanto en niños como en adultos, pueden ser autoinfringidos, cuando el paciente se rasca el oído para lo cual se usan los más disímiles objetos o accidentales, cuando penetran en el conducto auditivo externo ramas de arbustos u otros objetos duros. Muchas veces, desdichadamente, estas lesiones son iatrogénicas por maniobras intempestivas e inadecuadas de personal no entrenado con la intención de eliminar cuerpos extraños.

El cuadro clínico va a estar dominado por la otorragia ligera y el intenso dolor, es muy importante indagar si se acompañan de signos auditivos como acúfenos e hipoacusia, pues en ese caso, en el momento de hacer el examen otoscópico debe precisarse si existe lesión de membrana timpánica u oído medio, pues no resultan infrecuentes la combinación de una lesión de oído externo con una de oído medio, en cuyo caso la conducta a seguir no sería la misma, de aquí la importancia de establecer el diagnóstico diferencial desde el primer momento.

La otoscopia evidenciará una lesión de la piel del conducto estando generalmente en el piso o en la pared posterior, dicha piel puede aparecer decolada y enrollada.

Conducta a seguir

Es similar a la que se sigue en los traumas indirectos, pero el médico siempre debe insistir en la labor educativa de la prevención, aconsejar que no se introduzcan objetos de ninguna índole en el conducto auditivo, ya que éste tiene la facultad de autolimpieza, que incluso, los aplicadores plásticos auriculares (Q tips) solo se usen para limpiar la entrada del conducto y jamás deben ser introducidos en el interior, esta labor educativa puede prevenir tanto los traumas como las infecciones tan comunes que resultan “a posteriori” de estas limpiezas.

Otitis externas

Concepto

Es la infección de la piel que recubre el conducto auditivo externo y se puede clasificar en dos grandes grupos: las agudas y las crónicas.

Las otitis externas agudas, a su vez se agrupan en dos formas muy diferentes, según su causa y su terapéutica, aunque el cuadro clínico puede ser parecido: la otitis externa circumscripta o forúnculo del conducto auditivo externo y la otitis externa difusa aguda.

- **Otitis externa circumscripta aguda (forúnculo)**

Es la infección por estafilococos dorados coagulasa positivo de un folículo pilosebáceo en la piel del tercio externo del conducto.

Patogenia: La infección del folículo es casi siempre precedida por microtraumas de la piel como los generados por el hábito del rascado, al romperse la barrera de queratina y el poder antiséptico del cerumen, los estafilococos que forman parte de la flora de la piel, penetran en la base del pelo y aparece el forúnculo.

En algunos pacientes existen factores inmunológicos, en los cuales la infección por estafilococos es frecuente sin estar precedida de lesiones cutáneas previas aparentes (forunculosis).

La aparición es súbita, con otalgia intensa acompañada de latidos, puede haber fiebre y ligeros síntomas de malestar general, si el volumen del forúnculo es lo suficientemente grande para ocluir el conducto, se suman elementos de una hipoacusia de conducción.

El diagnóstico no ofrece dificultades, a la otoscopia (generalmente muy dolorosa) se evidencia una zona tumefacta, con un punto blanquecino medial, centrado por un pelo. Muchas veces el forúnculo no permite visualizar la membrana timpánica, y otras ya ha comenzado a drenar espontáneamente, por lo que el conducto está bañado por secreciones purulentas.

Conducta a seguir

Si en el momento de la consulta observamos el forúnculo perfectamente conformado, se procederá a su incisión y drenaje, para lo cual se utilizará un bisturí de hoja falciforme (forunculótomo), si ya ha iniciado el drenaje espontáneamente, se abrirá, de ser necesario, el mismo punto de supuración y con hisopos estériles se retirará todo el material necrótico (el llamado clavo). En la práctica es muy conveniente dejar en la pequeña cavidad del absceso una gasita embebida de pomada antibiótica que será retirada al día siguiente, con esta medida el dolor se atenuará notablemente.

Como tratamiento está indicada una penicilina semisintética por vía oral (ampicilinas, amoxicilinas) algunas de ellas traen comercialmente incorporado el ácido clavulánico para evitar la resistencia microbiana del estafilococo productor de beta-lactanasas, (si existe alergia a las penicilinas el tratamiento será con antibióticos del tipo de los macrólidos como la eritromicina, o una quinolona) en no pocas veces este tratamiento inicial logra abortar el desarrollo del forúnculo.

Entre las medicaciones complementarias se indican analgésicos y en personas especialmente sensibles al dolor tendrán indicación analgésico incluso por vía parenteral.

- **Otitis externa difusa aguda**

Es la inflamación por infección bacteriana de la piel del conducto auditivo externo, en la cual participan todas las paredes de dicho conducto.

Patogenia

En nuestro medio (clima tropical húmedo) es tal vez la afección aguda ótica más frecuente en el servicio de urgencia, y en los meses de verano su incidencia aumenta notablemente.

También conocida como otitis de las piscinas, en los países templados se invocan varios mecanismos de producción, entre los que se pueden mencionar: la abundante sudación producida por el calor, la proliferación de los hongos saprofitos de la piel del conducto (los cuales encuentran condiciones ideales de desarrollo en estas condiciones), los baños prolongados en aguas contaminadas ocasionan en unos la infección directa y en otros la indirecta, por la eliminación de la capa de queratina y cerumen del conducto que forman sus

principales medios de defensa , el secado del conducto con medios no estériles tampoco deja de ser para el bañista un factor causal importante.

Cuadro clínico

Es una afección de curso agudo, aparece un dolor más o menos intenso, sensación de ocupación en el oído, hipoacusia conductiva (aquí el cierre del conducto es lo más habitual), en los casos intensos hay síntomas generales y fiebre, así como linfadenopatías pre y retroauriculares.

Al examen otoscópico, a la simple inspección se observa la estenosis anular del conducto en su entrada, lo que sirve para diferenciarlo de la forma circunscripta, el intenso dolor a la presión del tragus y al desplazamiento posterior del pabellón al intentar la otoscopia es característico.

Patogenia

Es una afección bacteriana, muy pocas veces se puede invocar un agente viral, las bacterias que se aíslan son gramnegativas del grupo Proteus- Pseudomona, Colibacilos y Klebsielas.

Conducta a seguir

La terapéutica es básicamente local, salvo en algunos pacientes en los cuales por sus antecedentes (diabéticos, inmunosuprimidos) sea razonable el uso de antibióticos, en este caso aminoglucósidos o cefalosporinas de tercera generación), pero salvo estas contadas excepciones, la enfermedad se controla con medidas locales.

Resulta muy útil la aplicación de soluciones antisépticas en forma de lavados óticos (si la estenosis del conducto lo permite) o fomentos tibios, la mejor de todas es el ácido acético al 2 %, muy efectivo al acidificar el medio contra las pseudomonas y no es tóxico; las gotas de antibióticos a partir de neomicina, polimixin B, cloramfenicol o ciprofloxacina con esteroides asociados pueden obtenerse preparadas comercialmente y son raras las reacciones de sensibilización.

Al igual que en la otitis externa circunscripta, recomendamos las mechas de gasa con las soluciones antibioticoesteroides, las cuales se cambiarán diariamente. En los Cuerpos de Guardia usamos la pomada de gentamicina con muy buenos resultados, no aparecen reacciones alérgicas, éstas son más frecuentes cuando se utilizan la nitrofurasona.

Las medidas generales habitualmente se limitan al uso de analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos.

Otitis externa maligna del diabético(OEMD)

Es una forma especial de otitis externa que comenzó a obtener individualidad en la década de los años 60, a partir de los informes de Chandler y colaboradores.

Cuadro clínico

El proceso patológico se observa en los diabéticos de mucho tiempo de evolución y comienza, por lo general, con una otitis externa difusa, precedida de un intenso prurito que es por cierto, bastante común en estos diabéticos; dicha otitis desde su inicio evoluciona tórpidamente y llama la atención el intenso dolor, el cual se hace rápidamente refractario a la terapéutica analgésica habitual, y que repercute negativamente en el enfermo ya que le impide el sueño y la adecuada alimentación, todo lo cual, asociado a la infección, acarrea importantes problemas en el control metabólico; más adelante aparece tumefacción en la parte posterior de la glándula parótida y parálisis facial periférica, el estado general continúa deteriorándose, de manera que predominan entonces los síntomas generales graves. Por último se lesionan otros

pares craneales de la base IX, X, XI y XII, sobreviniendo la muerte en un estado séptico, o en un severo trastorno endocrinometabólico; esta evolución es la que le ha dado el nombre de “maligna”, la cual actualmente no es del todo adecuada, ya que por el mejor conocimiento y tratamiento de la enfermedad las cifras de letalidad han disminuido notablemente, aunque todavía es una afección muy compleja y sumamente grave.

El examen otoscópico es bastante característico, además de encontrarse la estenosis del conducto auditivo externo es típica la aparición de un granuloma en el suelo de este, exactamente en la unión de la porción cartilaginosa con la ósea; la tumefacción parotídea y la parálisis facial es un mal signo y se presenta en los casos más complicados o en los que han sido diagnosticados tardíamente, de ahí la extraordinaria importancia que tiene el diagnóstico precoz para evitar, en lo posible, la evolución fatal.

El agente infeccioso encontrado es siempre la *Pseudomonas aeruginosa* que además de su agresividad libera gran cantidad de toxinas que explican el rápido deterioro del paciente; las lesiones microvasculares presentes en el diabético viejo, condicionan la mala nutrición de los tejidos y también dificultan la llegada de los antibióticos a la lesión, por último, el descontrol metabólico con altas cifras de azúcares tisulares facilita la infección, de manera que se hace evidente la situación multifactorial de la enfermedad.

Conducta a seguir

Una vez diagnosticada la OEM se requiere el ingreso del enfermo, coordinándose estrechamente con el clínico o endocrinólogo la vigilancia y control de la diabetes; por otra parte algunos autores recomiendan, con el fin de disminuir la glucosa tisular, mantener las cifras de glicemia muy cerca del límite inferior (tratamiento insulínico prehipoglicemiante), por lo cual los pacientes fácilmente hacen crisis de hipoglicemia y este tipo de diabético resulta difícil de controlar por estar infectados.

Los antibióticos de elección son los aminoglucósidos o la carboxicillina (Piopen), los primeros son nefrotóxicos, por lo que la función renal será atendida estrechamente. Es muy importante tener en cuenta que a veces resulta necesario efectuar varios ciclos con estos medicamentos o hacer cambios de acuerdo con el antibiograma. Una quinolona (ciprofloxacino) se ha incorporado al arsenal terapéutico frente a esta entidad con resultados satisfactorios.

Algunos autores europeos han recomendado el uso de la oxigenación hiperbárica como complemento del tratamiento con el fin de mejorar la oxigenación tisular, pero su empleo requiere de cámaras grandes especiales que no se encuentran comúnmente en los hospitales generales.

El otólogo, por su parte, controlará y eliminará cuantas veces sea necesario el granuloma del piso del conducto y solo en contados casos, en los que hay lesión ósea mastoidea y los estudios radiográficos lo demuestren, intentará un debridamiento quirúrgico amplio de la lesión.

Otitis externas crónicas

Son grupos de lesiones, la mayoría de ellas dadas por la participación del conducto en enfermedades dermatológicas, las más comunes son: psoriasis, dermatitis seborreicas, excemas, alergias cutáneas, y dermatosis, todas ellas son de competencia del dermatólogo, salvo que condicionada por éstas, aparezca una infección sobreañadida de la piel del conducto, en cuyo caso se procederá como frente a una otitis externa difusa; en la práctica, las formas crónicas en la que debe actuar el otorrinolaringólogo son aquellas otitis externas crónicas micóticas que detallaremos a continuación.

- **Otomycosis**

Es la infección de la capa superficial de la piel del conducto auditivo externo por hongos, la mayoría de los cuales habitan en el lugar, como son las candidas, otros parasitan el mismo sobre todo en los países tropicales; en este caso son del tipo filamentosos esporulados, del género *Aspergillus*.

Esta condición patológica no es seria, pero es la base para el desarrollo de otras entidades más graves al general prurito intenso (que aparece cuando estos parasitan la capa de queratina).

Diagnóstico

La simple otoscopia es suficiente, en ella podemos observar un conducto descamado y en el caso de los hongos filamentosos, es típico la presencia de racimos de esporas negras de *Aspergillus Niger*.

Pueden existir lesiones cutáneas de tipo excematosas en los pacientes más crónicos.

Conducta a seguir

La acción terapéutica fundamental es la de acidificar el medio, lo que impide la multiplicación y el nacimiento de las esporas y se logra con las instilaciones de la solución de ácido acético al 2% o de ácido bórico en igual concentración.

Durante muchos años ha resultado muy útil el uso de colorantes de la pared bacteriana (en este caso, micelios, hifas y esporas del hongo) como lo es la tintura de violeta de genciana al 1%, en su defecto se recomiendan gotas a partir de antimicóticos como el anfotericin B y por último el tolnaftato y el ketoconazol.

Los hongos tienen tendencia a recidivar porque sus esporas son muy resistentes, por lo que el tratamiento se debe repetir al cabo de dos semanas; es muy importante indicar al paciente la necesidad de evitar el rascado y la "autolimpieza" del oído, para dar tiempo a la formación de la capa de queratina o de lo contrario aparece un verdadero círculo vicioso, el cual conlleva a la cronicidad del proceso y a cambios orgánicos en la piel del conducto, la cual se engruesa y evoluciona hacia una dermatitis crónica.

Cuerpos extraños

Se clasifican en cuanto a sus características en animados e inanimados, los primeros menos comunes son los insectos que accidentalmente se introducen en el conducto, el cual por su estrechez le impide la salida; en raras oportunidades se encuentran ceras de moscas tropicales que son atraídas por la presencia de secreciones purulentas y fétidas en el conducto auditivo externo, generalmente procedentes de infecciones crónicas del oído medio, por lo que la miasis aislada del oído externo no es común y solo la hemos visto en lactantes por larva de la mosca doméstica.

En la situación más habitual se trata de insectos (cucarachas, mariposas nocturnas, etcétera y las garrapatas en campesinos) que llegan al médico aún vivos dentro del conducto, de manera que el enfermo se nos presenta aterrado ya que los movimientos y en no pocos casos, las picaduras se hacen verdaderamente insoportables por lo que la medida inicial debe ser la de matar o inmovilizar al animal antes de intentar extraerlo, eso se logra instilando sustancias oleosas o "spray" de anestésicos tópicos, los cuales contienen una base de alcohol muy efectiva para este fin.

La extracción se efectuará mediante el lavado de oído y solo se instrumentará con pinzas por el personal profesional capacitado, lo cual evitará graves complicaciones iatrogénicas que se ven frecuentemente en todos los tipos de cuerpos extraños.

- **Cuerpos extraños inanimados**

Se presentan mayormente en los niños aunque tampoco son infrecuentes en los adultos; están conformados por los más disímiles objetos capaces de ser introducidos en el conducto. En el caso de las semillas, cuando su presencia data de algún tiempo tienden a hidratarse con la humedad del órgano y aumentar considerablemente su tamaño, lo cual imposibilita su extracción si antes no se procede a deshidratarlas instilando durante varias horas alcohol natural, después de lo cual se procederá de la forma habitual, es decir con el empleo del lavado de oído.

La manipulación y todo tipo de maniobra intempestiva al intentar la extracción, originarán situaciones muy difíciles no exentas de complicaciones graves; a veces, un cuerpo extraño inerte y pequeño termina en un salón de operaciones donde el otólogo se ve obligado a complicadas operaciones para resolver esta iatrogenia.

- **Tapones de cerumen**

Se pueden considerar verdaderos cuerpos extraños endógenos, su presencia en muchas personas de forma reiterativa aún no está explicada claramente, y estos pacientes acostumbran a acudir regularmente al consultorio ante la imposibilidad de su organismo de eliminar esta secreción natural que es el cerumen; otro grupo acude refiriendo que “le penetró agua en el oído y no le ha salido”, situación que se crea por existir un tapón, el cual al hidratarse, como sucede durante un baño, provoca la hidratación y por tanto el brusco aumento de volumen, se ocluye el conducto y aparece una hipoacusia conductiva.

Conducta a seguir

Está en relación con el estado del tapón, si está muy duro es necesario ablandarlo mediante el uso de agua oxigenada o soluciones glicerinadas de carbonato de sodio, en las farmacias se encuentran diversas gotas óticas preparadas para ese fin; logrado el reblandecimiento se extraerá mediante el lavado de oído, reiteramos que las cucharillas y ganchos para cerumen son de uso exclusivo del personal capacitado.

Lavado de oído

Es un proceder terapéutico que debe ser conocido y manejado por todo médico, es sencillo pero requiere ciertas normas técnicas para evitar accidentes (**figura 1**).



Instrumental y materiales

1. Jeringa tipo Guyón, metálica o plástica, para lavados de oídos, con una capacidad de 100 c/c o más.
1. Otoscopio
2. Recipiente tipo riñonera para recibir el agua
3. Toallas o paños
4. Aplicadores para el secado del conducto
5. Solución salina fisiológica o agua para inyección tibia (37°C)

Todo el material así como las soluciones estarán estériles.

- Técnica del lavado de oído

Ante todo se hará una otoscopia cuidadosa para definir las condiciones del conducto, así como también las características y ubicación del objeto que se desee extraer.

Sentado el paciente lateralmente con el oído a lavar frente al médico, se carga la jeringa de Guyón con la solución elegida, teniendo siempre la precaución de que esté lo más cerca posible de la temperatura corporal para evitar estimulación laberíntica y el vértigo consecuente con ésta, se extraerá todo el aire del instrumento y se colocará la cánula con su borde romo. La riñonera y la toalla serán situadas sobre el hombro del paciente y se le pedirá que sostenga el recipiente recibidor.

Seguidamente y previa iluminación del área se realizará un ligero tironamiento del pabellón tomando el borde del helix con la pinza digital, formada por el dedo índice y pulgar, con el fin de enderezar el conducto auditivo lo más posible en su porción cartilaginosa.

Comenzamos a proyectar el chorro de la solución de manera firme y continua sobre la pared inferior del conducto, con el fin de que la presión hídrica, en su retorno, arrastre el objeto del lavado; el proceder puede ser repetido varias veces hasta lograr la limpieza total del conducto, lo cual se confirmará con la otoscopia de control. Finalmente secaremos cuidadosamente el conducto con los aplicadores estériles.

Generalmente mediante el lavado de oído podemos resolver múltiples situaciones como por ejemplo los tapones de cerumen y cuerpos extraños, pero si al realizar éste con la técnica y material adecuado resulta infructuoso, lo correcto es referir al paciente a un especialista que valorará y realizará procedimientos más complejos.