

Otitis externa difusa: ¿una patología trivial?

Diffuse external otitis: A trivial pathology?

Enrique Arturo Lombana Salas¹, Moises Andrés Lombana Salas², María Camila Miranda Jiménez^{2,a}

Resumen

La otitis externa es una patología frecuente en la consulta médica, se estima que 10% de las personas la padecerán al menos una vez en su vida, la presentación aguda cursa con afección del conducto auditivo externo de origen infeccioso en el 90% de los casos, llamada otitis externa difusa (OED). El presente artículo tiene como objetivo exponer la mejor evidencia actual que permita una descripción general de la patología, para ello se realizó una búsqueda de literatura científica en bases de datos reconocidas. Se encontró que la OED es caracterizada microbiológicamente por la presencia de *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, clínicamente los pacientes refieren otalgia lo que abre la puerta a una variedad de diagnósticos diferenciales y en el tratamiento se debe hacer una clasificación a partir de diversas variables (edad, compromiso auricular y estado inmunológico) a fin de determinar la vía terapéutica adecuada.

Palabras clave: otitis externa, otitis, enfermedad del oído.

Abstract

External otitis is a frequent pathology in the medical consultation, it is estimated that 10% of people will suffer it at least once in their life, the acute presentation compromises the external auditory canal of infectious origin in 90% of cases, called diffuse external otitis (DEO). The objective of this article is to present the best current evidence that allows a general description of the pathology, for which a search of scientific literature was carried out in recognized databases, finding that it was characterized microbiologically by the presence of *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus aureus*, clinically, patients refer to otalgia generating a variety of differential diagnoses, and for treatment, a classification must be made based on various variables (age, atrial compromise, and immune status) in order to determine the appropriate therapeutic route.

Keywords: external otitis, otitis, ear Disease

La otitis externa (OE) es una afección producto de un desequilibrio en el conducto auditivo externo dando susceptibilidad al desarrollo de diversos procesos inflamatorios difusos e invasión de microorganismos. La gravedad de esta puede ir desde presentaciones leves con compromiso localizado en el conducto auditivo externo hasta una otitis externa maligna en la cual el estado de salud se ve afectado y la vida está en riesgo^{1,2}.

La otitis externa tiene formas aguda (<6 semanas), crónica (> 3 meses) y necrotizante (maligna). Si bien las formas más leves de otitis externa aguda suelen ser episodios aislados de corta duración, una proporción sustancial de casos puede persistir durante semanas o incluso meses, a pesar del tratamiento intensivo y una vez resuelto, existe un riesgo significativo de recurrencia³.

La causa más común de otitis externa aguda (OEA) es una infección de tipo bacteriano; que además, puede estar asociada con alergias, eccema y psoriasis¹, mientras que, la forma crónica generalmente está relacionada a una causa alérgica no infecciosa⁴.

La otitis externa aguda de tipo bacteriana difusa u otitis

externa difusa (OED) se define como una infección de tejidos blandos tipo celulitis que afecta dermis y tejido celular subcutáneo del conducto auditivo externo con posible extensión a membrana timpánica y pabellón auricular, es llamada comúnmente “otitis del nadador” por la relación que tiene con el ambiente húmedo en el espacio anatómico comprendido entre la membrana timpánica y la superficie del pabellón auditivo; de manera predominante se observa durante la estación de verano y en climas tropicales probablemente por la mayor exposición al agua secundario a las condiciones del medio.

En este artículo de revisión se hará énfasis en la otitis externa difusa, especialmente lo referente a su epidemiología, etiología, factores de riesgo, fisiopatología, diagnóstico y sus diferenciales, así como el tratamiento a la luz de la evidencia actual; para ello se hizo una búsqueda de texto de contenido explicativo en fuentes primarias y secundarias y en bases de datos científicas, dichos artículos contenían información referente al tema en mención.

El objetivo de la revisión temática involucra descripción literaria actual de otitis externa difusa, que, si bien la incidencia mundial exacta es desconocida, representa una patología frecuente en la consulta clínica, lo que la convierte en interés general para la comunidad médica.

Revisión bibliográfica

Se hizo una búsqueda bibliográfica en junio de 2021 en bases de datos científicas: PubMed, SciELO, WorldWideScience,

¹Médico General- Hospital Universitario de Sincelejo (Sincelejo-Sucre-Colombia), <https://orcid.org/0000-0002-2069-9053>.

²Estudiante de medicina- Universidad de Sucre (Sincelejo-Sucre-Colombia), <https://orcid.org/0000-0001-7219-958X>,

³<https://orcid.org/0000-0002-5761-0980>.

*Correspondencia a: Enrique Arturo Lombana Salas
Correo electrónico: enrilmobana19@gmail.com

Recibido el 27 de junio de 2021. Aceptado el 28 de agosto 2021.

Tabla 1. Factores predisponentes para desarrollar otitis externa aguda. Modificado de: Schafer y col¹³

Factores anatómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis del CAE • Exostosis del CAE • CAE con muchos vellos
Obstrucción del CAE	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción por cerumen • Cuerpo extraño • Quiste sebáceo
Condiciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Humedad • Calor • Natación u otra exposición prolongada al agua
Traumatismo	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación • Tapones para oídos • Cuerpos extraños • Uso de audífonos
Condiciones dermatológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Eccema • Psoriasis • Seborrea • Otras enfermedades dermatológicas
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Otitis media purulenta • Jabón en el CAE

CAE: Conducto auditivo externo

utilizando los siguientes descriptores: "acute otitis external", "acute otitis external" AND "treatment", "otitis external", "diffuse external otitis". Se seleccionaron artículos originales, artículos de revisión, ensayos clínicos, guías de práctica clínica y metaanálisis con información relevante del tema aplicando un filtro desde el año 2010 hasta el año 2021.

Epidemiología

La otitis externa es común en todo el mundo, aunque se presenta con mayor frecuencia en las zonas tropicales que en las templadas debido a la mayor temperatura y humedad⁵. La otitis externa representa del 21 al 25% de todas las enfermedades inflamatorias del oído⁶ es 5 veces más frecuente en nadadores⁷ y se estima que de 1 a 2,5 de cada 100 personas presentará la infección, lo que significa que al menos el 10% de las personas en el mundo padecerán otitis externa en algún momento de su vida, siendo más afectada la población adulta y en menor frecuencia niños (debutan después de los 2 años con un pico máximo de edad entre los 7 a 14 años)^{1,2}.

La otitis externa aguda es causada en un 98% de los casos por bacterias (OED), y se habla que alrededor de una tercera parte son de causa polimicrobianas⁵.

Etiología

Con respecto a los agentes causales, los dos patógenos más frecuentemente encontrados en otitis externa aguda son: *Pseudomonas aeruginosa* (prevalencia del 20%-60%) un aerobio obligado Gram negativo que contiene una capa de superficie mucoide que le protege de la fagocitosis y

produce enzimas líticas: endotoxinas, colagenasa, elastasa⁸, es un patógeno oportunista con una morbilidad y mortalidad considerables, sin embargo, el pronóstico es favorable en hospedadores inmunocompetentes⁹; y *Staphylococcus aureus* (prevalencia del 10%-70%) cocos Gram positivos, con un diámetro de 0,5 a 1,5 μm , que agrupados forman racimos de uvas en vista microscópica, se cree que el patógeno se inocula por rascado procedente de las fosas nasales o de otros lugares donde se encuentra como flora normal^{10,11}. También puede ocurrir como una infección polimicrobiana^{1,5}. En un estudio realizado entre finales de 2013 a mediados de 2015 en un hospital de Manipal, India, dirigido por Asheesh Dora Ghanpur y colaboradores, se determinó que la bacteria más común aislada fue *Pseudomonas aeruginosa*, seguida de *Staphylococcus aureus* y en menor porcentaje la presencia de bacterias anaerobias¹².

Factores de riesgo

“Uno de los factores predisponentes más comunes es la natación, especialmente en agua dulce. Otros factores incluyen afecciones de la piel como eccema y seborrea, traumatismo por la eliminación traumática del cerumen, uso de dispositivos externos como audífonos y acumulación de cerumen”¹³. Asimismo, algunas personas parecen más susceptibles a la OED sobre una base genética (aquellas con grupo sanguíneo tipo A)⁵.

Se han relacionado condiciones climáticas con la prevalencia de esta patología, como lo evidenció un estudio publicado en 2019, realizado en el departamento de otorrinolaringología del Hospital Docente de Ayub, Abbottabad, dirigido por Shah y colaboradores en donde se comprobó que el aumento de la humedad en épocas de lluvia acrecentaba la predisposición a padecer otitis externa aguda de tipo bacteriana o difusa¹³.

En términos generales son muchos los factores que pueden predisponer al paciente para que desarrolle una otitis externa aguda (Tabla 1).

Fisiopatología

Como se ilustra (Tabla 1) son varios factores implicados, sin embargo, lo que se cree que ocurre fisiopatológicamente es que el proceso inflamatorio se genera a partir de la alteración del pH de la zona, producto de acciones como la limpieza excesiva de cerumen que normalmente funciona como barrera protectora y mantiene el pH ácido inhibiendo el crecimiento bacteriano, agregado a esto los daños secuenciales al epitelio y acumulación de humedad también pueden explicar la infección^{1,5}. El aumento de pH del conducto auditivo externo se ha relacionado además con una presentación más sintomática de la otitis externa aguda, es decir que a un pH más alcalino, el cuadro clínico se hace más sintomático¹⁴.

Manifestaciones clínicas

La presentación clínica se puede dar con molestias leves, prurito y poco edema, también febrícula o fiebre leve. Se debe tener especial cuidado cuando la temperatura es superior a 38,3 °C porque sugiere una extensión más allá del canal auditivo externo².

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales de otitis externa aguda, modificado de: Schafer y col.¹³

Condición	Características distintivas	Recomendaciones
Otitis media aguda	Presencia de otorrea sin sensibilidad tragal.	Use otoscopia neumática o timpanometría, trate con antibióticos sistémicos.
Otitis externa crónica	El prurito es el síntoma más común, el CAE se encuentra eritematoso, dura más de 3 meses	Trate las causas o condiciones subyacentes
Otitis media crónica supurativa	Otorrea crónica con membrana timpánica perforada.	Tratar síntomas de otitis externa y luego tratar la otitis media.
Dermatitis de contacto	El síntoma predominante es el prurito y es debido a reacción alérgica a distintos materiales, por ejemplo: metales, jabones, otros).	Comprobar si hay presencia de piercing, audífonos o uso de tapones para los oídos, suspender su uso de inmediato.
Eccema	El prurito predomina como síntoma, a menudo es crónico, los pacientes tienen historial de atopia y brotes en otros sitios del cuerpo.	Considere uso de corticoides tópicos
Forunculosis	Infección localizada como pústula o nódulo de ubicación común en el CAE distal.	Considere el tratamiento con calor, incisión y drenaje o antibióticos sistémicos; puede progresar a otitis externa difusa.
Otitis externa maligna	Fiebre alta, tejido de granulación o tejido necrótico en el canal auditivo, puede tener compromiso de los nervios craneales; paciente con diabetes mellitus o inmunodepresión, velocidad de sedimentación globular elevada, hallazgos en tomografía computarizada.	Emergencia médica con alta morbilidad y posible mortalidad; amerita consulta urgente con otorrinolaringólogo, hospitalización, antibióticos intravenosos, desbridamiento.
Miringitis	Inflamación de la membrana timpánica, puede tener vesículas; el dolor suele ser intenso, sin edema del canal.	Tanto en miringitis aguda como crónica se consideran de primera línea antibióticos y corticoides.
Otomicosis	El prurito es el síntoma predominante, hay presencia de material espeso en el CAE, el edema es menos frecuente; puede ser visibles elementos fúngicos en la otoscopia.	Tratar con ácido acético, mitad ácido acético / mitad alcohol o antifúngicos tópicos; limpieza meticulosa del canal auditivo.
Síndrome de Ramsay Hunt	Úlceras herpéticas en el CAE; puede tener entumecimiento, parálisis facial, dolor intenso, pérdida del gusto.	Tratamiento con antivirales y corticoides sistémicos.
Dolor referido	Examen físico normal.	Busque otras causas de dolor referido.
Seborrea	Picazón y sarpullido en la línea del cabello, cara, cuero cabelludo.	El tratamiento incluye lubricar o humectar el CAE.
Sensibilidad a gotas óticas	Prurito severo, erupción maculopapular o eritematosa en el cuenco y el canal de la concha; puede tener rayas en el pabellón auricular donde la preparación hizo contacto con la piel; pueden estar presentes vesículas.	Reacción de hipersensibilidad retardada de tipo IV a la neomicina u otros componentes de las soluciones óticas; discontinuar el agente infractor; tratar con corticosteroides.

CAE: Conducto auditivo externo

El síntoma característico de la otitis externa difusa es un dolor intenso en el oído debido a la irritación del periostio que se encuentra debajo de la dermis delgada del conducto auditivo óseo, que no tiene subcutis. El dolor suele empeorar

por la manipulación sobre el trago (signo del trago) o al ejercer tensión en el pabellón auricular, también puede haber obstrucción completa del canal y afectación del pabellón auricular y la piel adyacente^{2,13}.

En un estudio realizado en Kaduna-Nigeria, dirigido por Tomas Samdi Musa y colaboradores encontraron que el dolor en oído como único síntoma en el curso de la otitis externa aguda fue el más común, seguido del dolor tragal, hiperemia y edema del canal auditivo¹⁵.

Diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, se hace a partir de la anamnesis que incluye: presentación y síntomas asociados, historial de exposición al agua, trauma local, eliminación reciente de cerumen, trastornos inflamatorios de la piel, diabetes, inmunosupresión, cirugías previas de oído, acompañado de un examen físico, que incluye, como mínimo, una exploración mediante otoscopia u otomicroscopia del canal auditivo y la membrana timpánica, así como el examen del pabellón auricular, los ganglios linfáticos circundantes y la piel. Especialmente si no es posible la visualización de la membrana timpánica se debe realizar un examen audiológico para descartar la afectación del oído interno. Cuando el canal auditivo está inflamado, el examen audiológico suele evidenciar una pérdida conductiva de la audición^{2,13}.

Diagnóstico diferencial

Son varias las afecciones que pueden semejarse al cuadro clínico de OED (Tabla 2).

Tratamiento

El manejo de la otitis externa aguda incluye: limpieza del conducto auditivo externo, tratamiento de la inflamación e infección así como también control del dolor¹⁶.

Limpieza del CAE

La limpieza se constituye en uno de los pilares del tratamiento en la OED, “consiste en la eliminación de cerumen y exudado; el exudado puede contener toxinas (p. ej., exotoxina A de *Pseudomonas*) que mantienen el proceso inflamatorio y limitan o previenen la eficacia de los fármacos”².

Es preferible que la limpieza sea realizada por un especialista en otorrinolaringología y en regiones donde no esté presente esta especialidad, podría realizarla el médico general. Se debe constatar primero la ausencia de daño de la membrana timpánica mediante otoscopia y luego realizar lavado con solución salina o agua destilada².

Analgesia

El dolor presentado en el cuadro clínico de otitis externa difusa no debe subestimarse y debe tratarse con analgésicos adecuados, convirtiendo esta intervención en una acción fundamental en el tratamiento de la OED. Un buen tratamiento al dolor implica una reevaluación constante de este para lo cual se recomienda el uso de la escala de Oucher o una

escala visual análoga⁵.

Para el manejo del dolor leve a moderado se puede emplear acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos (AINES), al igual que la combinación de estos últimos con medicamentos opioides, es muy inusual la necesidad del uso de analgesia parenteral⁵.

Con respecto al uso de anestesia tópica, “no existe una indicación específica para el tratamiento de la otitis externa difusa y su uso puede enmascarar la progresión de la enfermedad subyacente mientras se suprime el dolor”⁵. Si se llegase a usar este, se debe evaluar al paciente en 48 horas y comprobar el efecto del tratamiento además de tener la certeza que no existe daño en la membrana timpánica ya que los anestésicos no están aprobados para uso en oído medio⁵.

El uso de esteroides tópicos en asociación a antimicrobianos en algunos ensayos aleatorizados ha sido eficaz, en otros no ha mostrado beneficios significativos⁵. El uso de corticosteroides orales para el manejo del dolor no suelen disminuir el tiempo en el que el paciente presenta el dolor, pero si disminuyen su intensidad, planteamiento que surgió a partir de un ensayo controlado triple ciego aleatorizado, dirigido por Graeme Balch y colaboradores publicado en 2019¹⁷.

Terapia antibiótica

El criterio médico en la práctica clínica resulta de gran importancia al momento de elegir la vía terapéutica, el médico debe evaluar la extensión de la celulitis identificando las porciones del oído que se encuentran comprometidas, así como las características del paciente (edad, comorbilidad, aspecto general, signos sistémicos) e individualizar el tratamiento a partir de mencionadas variables.

Terapia tópica

La terapia inicial en la otitis aguda difusa consiste en emplear medicamentos tópicos debido a su eficacia y el buen perfil de seguridad que ha demostrado en ensayos aleatorizados, además de sus buenos resultados clínicos.

En varios metaanálisis concluyeron que el tratamiento tópico es la primera línea terapéutica eficaz para la OED^{18,19}. Así mismo se replica en las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) 2020²⁰ y en la Fundación de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Academia Estadounidense de Otorrinolaringología (AAO-HNSF) en su guía 2014⁵ donde ambos recomiendan el uso de tratamiento tópico para otitis externa aguda.

Un metaanálisis en Cochrane plantea que “los antibióticos tópicos son efectivos para tratar la otitis externa difusa no complicada diferente a los antibióticos sistémicos”¹⁸, esto se explica a partir de que los antibióticos administrados por vía oral “producen efectos adversos importantes que incluyen erupciones, vómitos, diarrea, reacciones alérgicas, alteración de la flora nasofaríngea, así como el desarrollo de resistencia bacteriana”²⁵. Además, los antibióticos orales seleccionados suelen ser inactivos frente a *P. aeruginosa* y *S. aureus* y al estar ampliamente distribuidos por todo el organismo, sirven para seleccionar microorganismos resistentes⁵.

Por el contrario, con el uso de antibióticos tópicos se disminuyen los efectos adversos y se espera una tasa de curación clínica hasta del 80% en los próximos 10 días de iniciado el tratamiento²¹.

Las intervenciones terapéuticas realizadas con medicamentos antisépticos tópicos como: ácido acético, ácido bórico, acetato de aluminio, nitrato de plata y una N-clorotaurina antiséptica endógena, demuestran la falta de necesidad de terapias antibióticas orales en casos seleccionados⁵. Con ventajas como su amplio espectro antimicrobiano, ser sustancias secantes, controladoras del edema circundante y contribuyentes en la acidificación del pH que funciona inhibiendo el crecimiento bacteriano, reitera la idea de que se acuda a los tratamientos tópicos como primera línea en el manejo de la OED no complicada².

Con respecto a la elección del tratamiento tópico entre medicamentos antisépticos y antibióticos según Cochrane ambos medicamentos ofrecen resultados buenos, con una limitación en el uso de ácido acético que demostró ser menos eficaz comparado con los antibióticos tópicos cuando la terapia se extiende entre 2 a 3 semanas¹⁸.

Cuando se emplean gotas, deben aplicarse con el paciente acostado y la oreja afectada hacia arriba. La gota se debe correr a lo largo del costado, a menudo es necesario un movimiento suave de vaivén del pabellón auricular para eliminar el aire atrapado y asegurar el llenado, especialmente cuando se utiliza una solución viscosa, un método alternativo es el bombeo tragal para ayudar a que las gotas entren en el canal auditivo. El paciente debe permanecer en esta posición durante aproximadamente 3 a 5 minutos⁵.

Deben administrarse 3 gotas dos o tres veces al día, según su composición. En pacientes con antecedentes de perforación timpánica o presencia de tubos de ventilación se debe evitar el uso de gotas con aminoglicósidos (neomicina, gentamicina) por su demostrada ototoxicidad y se deben preferir en estos escenarios el empleo de quinolonas por ser antimicrobianos tópicos aprobados por la FDA para uso en oído medio^{7,5}.

Otras alternativas terapéuticas consisten en colocar una mecha en el canal auditivo si hay edema que impide la entrada de la gota o si no se puede visualizar la mayor parte de la membrana timpánica⁵. Sin embargo, un pequeño estudio utilizó este método como primera elección en el manejo de la OED reemplazando al manejo con gotas óticas para mejorar el resultado del tratamiento tópico y disminuir la inflamación; el estudio prospectivo contó con 60 pacientes y fue efectuado en un centro de otorrinolaringología en la India, dirigido por Sudhakar Rao M.S y colaboradores, quienes demostraron que el uso de gasas impregnadas con mupirocina o la combinación de sulfato de magnesio-glicerina como tratamiento únicos funcionaban con la misma eficacia en la resolución del cuadro clínico, disminución del dolor y el edema, solo con una pequeña diferencia en la desaparición de síntomas de manera más temprana en los pacientes que se les aplicó la combinación de sulfato de magnesio-glicerina²².

Aunque no se han realizado ensayos aleatorizados como tratamiento único², el estudio abre las posibilidades a su

consideración para continuar futuras investigaciones.

Los tratamientos tópicos recomendados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para el tratamiento de otitis externa aguda incluye⁵:

- Ácido acético 2,0% solución
- Ácido acético 2,0%, hidrocortisona 1,0%
- Ciprofloxacina 0,2 %, hidrocortisona 1,0%
- Ciprofloxacina 0,3%, dexametasona 1,0%
- Neomicina, polimixina B, hidrocortisona
- Ofloxacina 0,3%

Aunque algunos autores afirman que no se sabe si un régimen antibacteriano tópico debe usarse con preferencia a otro³, sin embargo, un metaanálisis que evaluó la eficacia de los óticos que contienen quinolonas demostró que la monoterapia con quinolonas es significativamente superior a los medicamentos combinados sin quinolonas¹⁹.

Antibióticos orales

Considerar siempre antibióticos orales en casos de compromiso cutáneo por vecindad (celulitis de pabellón auricular, cara o cuello), en pacientes con riesgo de complicaciones (diabéticos, inmunodeprimidos) y en aquellos con compromiso profundo de piel con casos de edema severo del conducto auditivo externo donde no es posible o práctico un baño auditivo adecuado o la aplicación de terapia tópica^{7,5}.

El medicamento de elección son las quinolonas, una familia de antibióticos bactericidas contra microorganismos Gram positivos y Gram negativos, de amplio espectro. Esta recomendación debe ser reevaluada en la población pediátrica donde se deben considerar alternativas terapéuticas como betalactámicos o macrólidos por la asociación de la familia quinolonas con la artropatía descrita en animales jóvenes, lo que restringe el uso de mencionados antimicrobianos en niños²³.

En casos de no mejoría o aparición de complicaciones como osteítis o absceso, debe considerarse el tratamiento antibiótico endovenoso¹⁶.

Algunos clínicos emplean la vía terapéutica biconjugada, lo cual es controversial en casos de enfermedad leve, porque en escenarios limitados a molestias mínimas, prurito y oclusión parcial del conducto auditivo, los antibióticos orales se asocian con la persistencia y recurrencia de la enfermedad y, por lo tanto, son una mala elección para el tratamiento inicial considerándose su prescripción como inapropiada²¹, sin embargo, en casos de OED severa con extensión a tejidos adyacentes donde la indicación inicial del tratamiento consiste en antibioticoterapia oral, se puede considerar a criterio del médico tratante coadyuvar el manejo con terapia tópica¹⁶.

Evolución y recomendaciones

El tratamiento adecuado de la OED no complicada debe ir seguido de una mejoría de los síntomas (otalgia, prurito, plenitud) en un plazo de 48 a 72 horas aunque la resolución de los síntomas puede tardar hasta 2 semanas⁵.

En caso de no haber respuesta se le explica al paciente que debe consultar para una revaloración clínica⁵.

Se deben dar recomendaciones al paciente de evitar factores de riesgo conocidos y mantener el conducto auditivo seco durante el curso del tratamiento². Además, es importante evitar la introducción de instrumentos en el conducto auditivo externo, por ende, las prótesis auditivas o auriculares no deberían utilizarse hasta que no se haya curado la otitis¹⁶.

Discusión

La Otitis externa difusa por: OED, es una patología frecuente a nivel mundial, de la cual aún se desconocen algunos aspectos epidemiológicos, aún nos quedan interrogantes, por ejemplo: ¿su prevalencia cuando se estiman comparaciones por sexo, ¿es más frecuente en hombres o en mujeres?; ¿el creciente uso de dispositivos auriculares secundarios a la virtualidad casi obligatoria despertada por la pandemia COVID-19 ha generado cambios en su epidemiología de los últimos años?; ¿se está presentando a nivel mundial un subdiagnóstico de esta entidad?, por el contrario, aspectos como su etiología, factores predisponentes y fisiopatología ya están bien dilucidados.

Al momento de un primer contacto en atención primaria, el personal médico debe estar capacitado ya que en el escenario clínico, persiste la probabilidad de llegar a generar confusión diagnóstica, lo cual se explica a partir de la gran variedad de patologías con las que se hacen diferenciales al momento de

su abordaje. El médico debe valorar algunos elementos que faciliten el enfoque diagnóstico como la exquisita sensibilidad a la presión del trago, al traccionar el pabellón auricular, o ambos, teniendo en cuenta que la otoscopia puede ser difícil por el dolor del paciente al contacto y la estenosis por edema difuso del conducto auditivo además se debe apoyar en la anamnesis donde figuren factores de riesgo para el desarrollo de OED⁷; todos estos datos toman importancia porque el clínico no se está enfrentando a una patología trivial, pues las posibles complicaciones de una OED incluyen la celulitis periauricular y otitis externa maligna; por tanto, resulta importante clasificar al paciente en otitis externa leve (molestias mínimas y prurito), otitis externa moderada (dolor moderado, prurito, canal parcialmente ocluido), otitis externa severa (dolor intenso, canal completamente ocluido, fiebre, edema periauricular, linfadenitis regional) u otitis externa en pacientes inmunodeprimidos (diabéticos con mal control, quimioterapia, VIH, etc.) para determinar la vía terapéutica que se empleará a fin de brindar las mejores posibilidades curativas y hacer uso racional de antibióticos¹⁶.

En cuanto a las alternativas terapéuticas se propone motivar las investigaciones en OED planteando la posibilidad del uso a futuro de terapias que generen confort al paciente, mejoren su condición clínica y resuelvan su enfermedad sin repercusiones sistémicas significativas.

Referencias bibliográficas

- Medina-Blasini Y, Sharman T. Otitis Externa [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 [citado 19 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556055/>
- Wiegand S, Berner R, Schneider A, Lundershausen E, Dietz A. Otitis Externa. *Dtsch Arztebl Int.* marzo de 2019;116(13):224-34.
- Hajioff D, MacKeith S. Otitis externa. *BMJ Clin Evid.* 15 de junio de 2015;2015:0510.
- Wipperman J. Otitis Externa. *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 1 de marzo de 2014;41(1):1-9.
- Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, et al. Guía de práctica clínica: otitis externa aguda. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1 de febrero de 2014;150(1-suppl):S1-24.
- [External otitis in children: etiology and principles of therapy]. *Vestn Otorinolaringol.* 2011;(6):113-6.
- Larach F, Astorquiza C. OTITIS EXTERNA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. *Rev Med Clin Condes.* 1 de noviembre de 2016;27(6):898-904.
- Balcázar Rincon LE, Ramírez Alcántara YL [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq141o.pdf>
- Spernovasilis N, Psychogiou M, Poulakou G. Skin manifestations of *Pseudomonas aeruginosa* infections. *Current Opinion in Infectious Diseases.* abril de 2021;34(2):72-9.
- Cervantes-García E, García-González R, Salazar-Schettino PM. Características generales del *Staphylococcus aureus*. :13.
- Sastre MAD, Zannin I, Antolín JJ. PATOLOGÍA INFLAMATORIA DEL OÍDO EXTERNO. OTITIS EXTERNA. OTITIS EXTERNA MALIGNA. :15.
- Ghanpur AD. Comparison of Microbiological Flora in the External Auditory Canal of Normal Ear and an Ear with Acute Otitis Externa. *JCDR [Internet].* 2017 [citado 19 de junio de 2021]; Disponible en: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=9&page=MC01&issn=0973-709x&id=10556
- Schaefer P, Baugh RF. Acute Otitis Externa: An Update. *AFP.* 1 de diciembre de 2012;86(11):1055-61.
- Mittal A, Kumar S. Role of pH of External Auditory Canal in Acute Otitis Externa. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* enero de 2014;66(1):86-91.
- Musa TS, Bemu AN, Grema US, Kirfi AM. Pattern of otitis externa in Kaduna Nigeria. *Pan Afr Med J [Internet].* 30 de junio de 2015 [citado 19 de junio de 2021];21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546771/>
- Vaduva C, Gómez JIT, Zaid DM, Rivera-Rodríguez T. Patología infecciosa aguda de foco otorrinolaringológico. *Medicine (Madr).* noviembre de 2019;12(91):5339-51.
- Balch G, Heal C, Cervin A, Gunnarsson R. Oral corticosteroids for painful acute otitis externa (swimmer's ear): A triple-blind randomised controlled trial. *Aust J Gen Pract.* agosto de 2019;48(8):565-72.
- Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2010 [citado 21 de junio de 2021];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004740.pub2/full>
- Mösger R, Nematian-Samani M, Hellmich M, Shah-Hosseini K. A meta-analysis of the efficacy of quinolone containing otics in comparison to antibiotic-steroid combination drugs in the local treatment of otitis externa. *Curr Med Res Opin.* octubre de 2011;27(10):2053-60.
- Published guidance and advice | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apa&title=antimicrobial>
- Mughal Z, Swaminathan R, Al-Deerawi HB, Henney S, Bickerton R. A Systematic Review of Antibiotic Prescription for Acute Otitis Externa. *Cureus.* 13(3):e14149.
- M.S SR, Rajkamal M, Bharadwaj B. A COMPARATIVE STUDY BETWEEN MUPIROCIN AND MAGSULPH-GLYCERINE WICK TREATMENT IN THE MANAGEMENT OF ACUTE OTITIS EXTERNA. *jebmh.* 7 de marzo de 2018;5(11):970-3.
- Arés Álvarez F, Martínez de la Ossa Sáenz-López R, Alfayate Miguélez S, Arés Álvarez F, Martínez de la Ossa Sáenz-López R, Alfayate Miguélez S. Quinolonas en Pediatría. *Pediatría Atención Primaria.* junio de 2017;19(74):e83-92.