

## Otitis externa

Irene Maté Cano<sup>a</sup> [[irmate@hotmail.com](mailto:irmate@hotmail.com)], Olga Ordóñez Sáez<sup>a</sup>, Gala López González<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> MIR-Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre [Servicio Madrileño de Salud, Área 11]. Madrid.

Fecha de actualización: 10/08/2007  
Guía\_ABE\_Otitis externa (v.1.1/2007)

**Cita sugerida:** Maté Cano I, Ordóñez Sáez O, López González G. Otitis externa (v.1.1/2007). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10/08/2007; consultado el *dd/mm/aaaa*]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

### Introducción / puntos clave

La otitis externa (OE), también conocida como otitis del nadador o de las piscinas, es una inflamación del conducto auditivo externo (CAE) causada habitualmente por una infección.

La humedad y las alteraciones del epitelio del CAE favorecen que la flora habitual provoque la infección. Los gérmenes más frecuentes son *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.

El síntoma principal es la otalgia, que puede ser muy intensa. El dolor se acentúa al traccionar el pabellón auricular o al presionar el trago. Suele ser unilateral, aunque hasta un 10% de los casos son bilaterales. Los casos más graves pueden constituir una verdadera celulitis.

Un 10% de la población la padece en algún momento de su vida, con un pico de incidencia entre los 7 y los 12 años, sin diferencias entre sexos. En países de clima templado, como España, es más frecuente en verano.

Microorganismos causales <sup>1</sup>			
Agentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Bacterias	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i> Enterobacterias ( <i>Proteus</i> ) Estreptococos (grupos A, D y G) Anaerobios
Hongos <sup>2</sup>		<i>Aspergillus</i>	<i>Candida</i> sp

Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"><li>- Forúnculo<sup>3</sup></li><li>- Otitis media aguda<sup>4</sup></li><li>- Cuerpo extraño en el CAE</li><li>- Mastoiditis aguda<sup>5</sup></li><li>- Otras causas de inflamación del CAE (p. ej. dermatitis)</li></ul>



Factores de riesgo y medidas preventivas	
Factores de riesgo	Medidas preventivas <sup>6</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humedad ambiental, natación o sudoración excesiva</li> <li>- Temperatura ambiental elevada</li> <li>- Exposición a agua contaminada</li> <li>- CAE estrecho o largo</li> <li>- Escasa higiene local o maniobras enérgicas de retirada del cerumen</li> <li>- Traumatismos locales: bastoncillos, auriculares, etc.</li> <li>- Enfermedades dermatológicas crónicas: eczema, psoriasis, dermatitis seborreica o acné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar la limpieza enérgica del CAE</li> <li>- Evitar la humedad del CAE</li> <li>- Usar tapones o gorro al nadar<sup>7</sup></li> <li>- Gotas de ácido acético o alcohol tras el baño<sup>8</sup></li> </ul>

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	Hemograma, PrCR (otitis necrotizante aguda <sup>9</sup> )
Microbiología	Habitualmente no necesarios	Cultivo (bacterias y hongos) de la secreción el CAE en pacientes que no respondan al tratamiento

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha de otitis necrotizante aguda (otitis externa maligna)</li> <li>- Sospecha de pericondritis<sup>10</sup> o celulitis secundaria a la otitis externa</li> </ul>

Tratamiento antimicrobiano empírico		
Situación	Tratamiento de elección <sup>11</sup>	Alternativa
Otitis externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ácido acético al 2%<sup>12</sup></li> <li>- Asociación de antibióticos (neomicina + polimixina B) y corticoides tópicos<sup>13</sup>: 3-4 gotas, 3-4 veces/día</li> <li>- Ciprofloxacino tópico<sup>14</sup>: 4-6 gotas, 3 veces/día (monodosis: 1 envase/12 horas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciprofloxacino + corticoides tópicos<sup>15</sup></li> <li>- Asociación de antibióticos (neomicina + polimixina B), corticoides y analgésicos<sup>16</sup></li> </ul>
En caso de tratarse de un forúnculo en el CAE, al tratamiento tópico debe añadirse un antibiótico sistémico oral con actividad frente a <i>Staphylococcus aureus</i> (cloxacilina, amoxicilina/clavulánico)		
Ver en la tabla (al final) con los productos comercializados en nuestro medio		

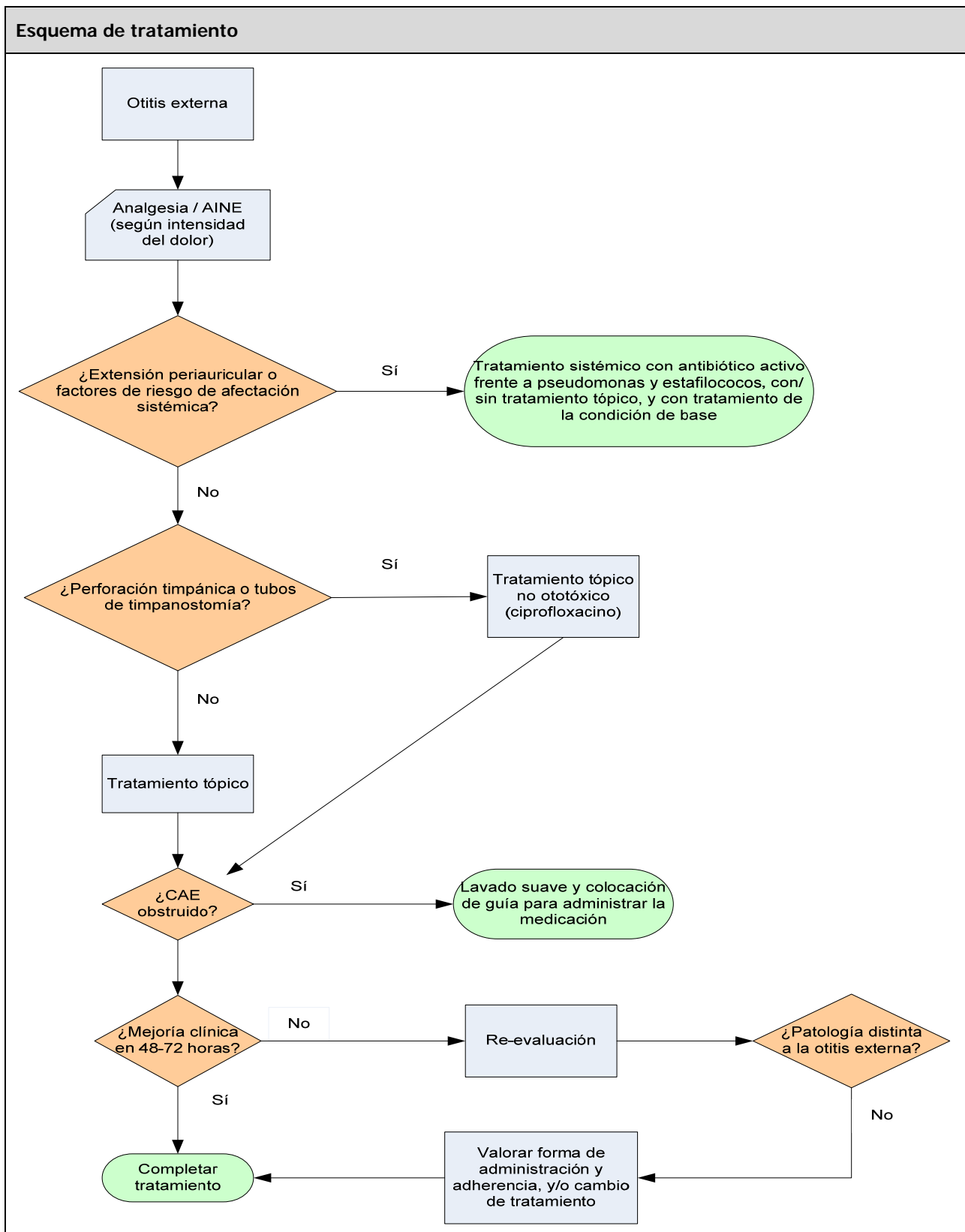
Duración del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La duración aconsejada es de 5-7 días, pero se debe mantener 3-4 días tras la mejoría. La mayoría de los preparados tópicos no deben administrarse más de 10 días</li> </ul>



Tratamiento antifúngico empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Otitis externa por hongos (otomicosis) <sup>17</sup>	- Ácido acético al 2% <sup>18</sup> - Clotrimazol (1 aplicación/12 horas) o nistatina tópicos (1 aplicación/6 horas) <sup>19</sup>

Otras medidas terapéuticas
- Limpieza del CAE, retirando detritus y secreción, para comprobar al integridad del tímpano y para permitir la administración del tratamiento tópico <sup>20</sup>
- Analgésicos: paracetamol o ibuprofeno por vía oral
- Evitar la humedad del CAE

Productos tópicos disponibles para la otitis externa												
	Corticoides				Antibióticos					Analgésicos		
	Dexametasona 0,01%	Hidrocortisona 1%	Acetónido de fluorocinolona 0,025%	Fludrocortisona 0,0125%	Polimixina B 10.000 UI	Trimetoprim 0,01%	Neomicina 3.400 UI	Furaltadona	Ciprofloxacino	lidocaina 0,5%	Bencidramina 0,3%	Tetracaina 0,013%
Otix®	✓				✓	✓						
Otosporín®		✓			✓		✓					
Baycip ótico®, Ciprenit ótico®, Numen ótico®, Otociprin ótico®, Otosat ótico®, Septocipro ótico®									0,2 %			
Aceoto plus ótico®, Cetraxal plus ótico®, Synalotic ótico®			✓						0,3 %			
Ciproxina®		✓							0,2 %			
Panotile ótico®				✓	✓		✓	✓		✓		
Vinciseptil ótico®			✓		✓		✓				✓	✓
Synalar ótico®			✓		✓		✓					



**Abreviaturas:** CAE: conducto auditivo externo. OE: otitis externa. OMA: otitis media aguda. PrCR: proteína C reactiva.



### Referencias bibliográficas

- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134:S4-23.
- Beers SL, Abramo TJ. Otitis externa review. *Pediatr Emerg Care.* 2004;20:250-6.
- Dohar JE. Evolution of management approaches for otitis externa. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22 (4):299-305.
- Goguen LA. External otitis. In: Rose, BD (Ed). *UpToDate v15.1.* Wellesley, MA: UpToDate; 2007. [actualizado el 12/09/2006; consultado el 10/07/2007]. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Holten KB, Gick J. Management of the patient with otitis externa. *J Fam Pract.* 2001;50:353-60.
- Hughes E, Lee JH. Otitis externa. *Pediatr Rev.* 2001;22:191-7.
- Sander R. Otitis externa: a practical guide to treatment and prevention. *Am Fam Physician.* 2001;63:927-36.
- Schroeder A, Darrow DH. Management of the draining ear in children. *Pediatr Ann.* 2004;33:843-53.

### Notas aclaratorias

- <sup>1</sup> Los gérmenes que causan la otitis externa son flora saprofita del CAE.
- <sup>2</sup> Los hongos solo causan entre un 2% y un 10% de las otitis externas: *Aspergillus* (80-90%) y *Candida*.
- <sup>3</sup> En ocasiones la otitis externa es localizada y se trata de un forúnculo. El germen implicado suele ser *Staphylococcus aureus*.
- <sup>4</sup> El diagnóstico diferencial con OMA a veces es difícil si no puede visualizarse el tímpano; el dolor intenso a la manipulación del pabellón auricular y las adenopatías regionales son raras en la OMA.
- <sup>5</sup> En la mastoiditis aguda el pliegue retroauricular suele estar borrado, suele existir historia previa de OMA y pérdida de audición, también suele haber signos inflamatorios en la zona de la mastoides y abombamiento de la pared posterior del CAE en la otoscopia.
- <sup>6</sup> Para evitar o prevenir la otitis externa se aconseja evitar la limpieza del CAE con bastoncillos y mantener el CAE seco (se puede recomendar usar aire caliente, p. ej. secador de pelo, tras el baño).
- <sup>7</sup> Algunos expertos recomiendan mejor el gorro porque ciertos tapones pueden irritar el CAE y predisponer a la otitis.
- <sup>8</sup> La acidificación del CAE tras el baño puede ser beneficiosa para prevenir la otitis.
- <sup>9</sup> La otitis necrotizante aguda u otitis externa maligna es la complicación más importante de la otitis externa y consiste en la diseminación de la infección a los tejidos blandos, el cartílago auricular y el hueso. Es rara en niños y puede aparecer en personas inmunodeprimidas, malnutridas o con enfermedades crónicas, sobre todo diabetes mellitus.
- <sup>10</sup> La pericondritis es una infección del cartílago del pabellón auricular.
- <sup>11</sup> La elección del tratamiento, que es tópico, depende de las preferencias del paciente y de la disponibilidad de los preparados.
- <sup>12</sup> En España no existe ningún preparado con ácido acético con esta indicación, mientras que en otros países está disponible aislado o en combinación con corticoides. Una alternativa es administrar vinagre blanco (ác. acético) diluido en agua para obtener la concentración deseada (2%), que suele equivaler a una proporción de 1:1, aunque no se han hecho estudios con este "remedio casero".
- <sup>13</sup> Algunos preparados sustituyen la neomicina por el trimetoprim. Los que contienen antibióticos ototóxicos, como la neomicina, no se deben emplear si existe o se sospecha una perforación timpánica.



- <sup>14</sup> El riesgo de ototoxicidad por quinolonas tópicas es muy escaso. En otros países se puede emplear ofloxacino tópico.
- <sup>15</sup> El empleo de corticoides tópicos junto con quinolonas podría disminuir la inflamación, pero su efecto beneficioso no está claramente demostrado.
- <sup>16</sup> Existen preparados que además de la combinación de antibióticos y corticoides, incluyen analgésicos tópicos. No existen estudios que demuestren que sean más útiles, pero son una opción.
- <sup>17</sup> La otomicosis puede ocurrir por el uso prolongado de antibióticos o corticoides tópicos en el CAE.
- <sup>18</sup> En ocasiones, la eliminación de la humedad del CAE y la acidificación con ácido acético o el empleo de otros preparados, como violeta de genciana al 1-2% o ácido bórico, pueden curar este tipo de otitis.
- <sup>19</sup> El clotrimazol es activo frente a *Aspergillus niger* y frente a *Candida*. Puede que la manera más eficaz de administración sea en *spray* (Canestén<sup>®</sup> solución spray 1%, Clotrimazol Bayropharm<sup>®</sup> solución spray 1%).
- <sup>20</sup> La limpieza es indispensable. Si no es posible la introducción del tratamiento tópico, puede ser útil la colocación de una guía en el CAE. En los casos más graves valorar derivación al especialista en ORL para la limpieza.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en 2008. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[Ⓞ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: [laguiaabe@gmail.com](mailto:laguiaabe@gmail.com)

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5