

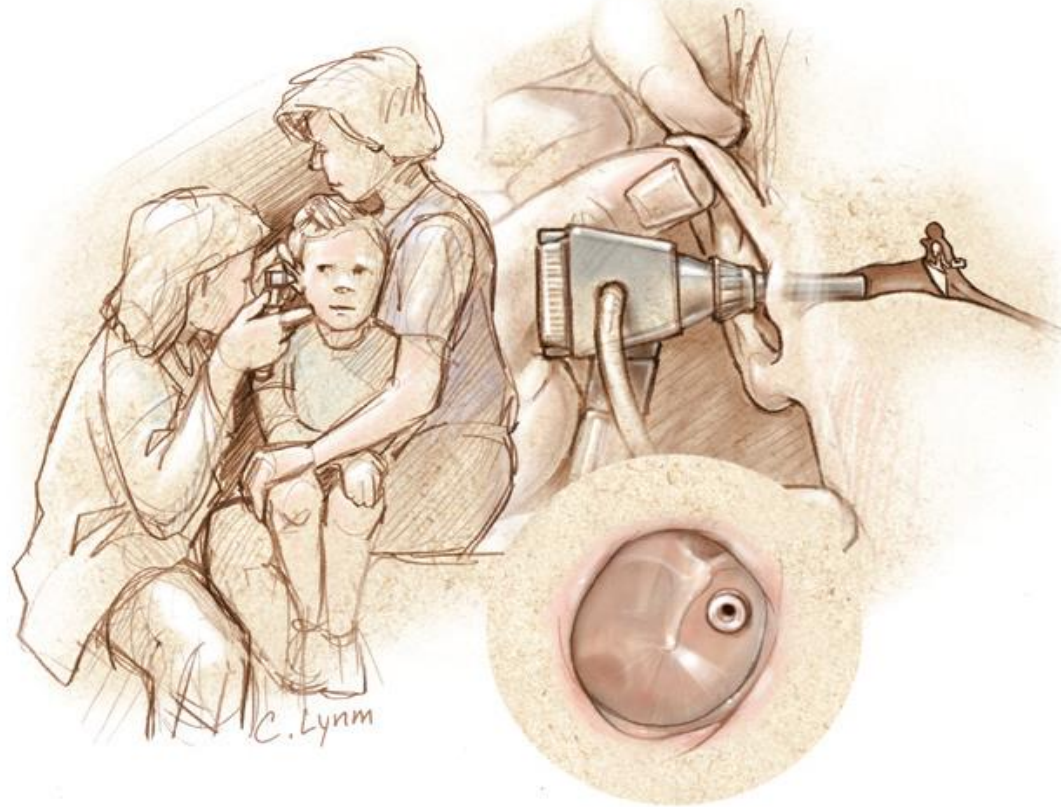
OTITIS

Dr. Francois Ricard



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor (otalgia).
- Picor, irritación.
- Sangrado (otorragia).
- Vértigo.
- Acúfenos.
- Hipoacusia.



GENERALIDADES SOBRE EL DIAGNOSTICO

I - ANAMNESIS:

➤ Dolor (otalgia).

- Característica común de la otitis externa aguda y de la otitis media aguda .
- El dolor aumenta con la deglución o al manipular el pabellón auricular.
- En la otitis media aguda, el dolor tiene que ver con la retención de pus y la tensión que existe en las cavidades del oído medio.



➤ Picor, irritación.

Es frecuente en la otitis externa y es debido a la dermatitis propia de esta condición.

➤ Sangrado (otorragia).

Puede ocurrir en procesos infecciosos de oído externo y medio e indica una evolución desfavorable o tórpida de un cuadro crónico.



➤ Vértigo.

La aparición de este síntoma implica un deterioro funcional severo debido al desarrollo de una laberintitis.

➤ Otros síntomas :

- Hipoacusia.
- Acúfenos.

La percepción de un sonido, de cualquier tonalidad e intensidad, en el oído con otorrea implica una afectación severa del oído interno y una situación de emergencia para el tratamiento.



II - EXPLORACIÓN OTOSCÓPICA:

1) CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

La inflamación, engrosamiento y celulitis de la otitis externa aguda es fácil apreciar en el orificio de entrada al conducto auditivo externo.

2) MEMBRANA TIMPÁNICA.

La exploración de la membrana timpánica (y del tercio interno del conducto auditivo externo) deber ser realizada con un otoscopio.





Otoscopia normal.

3) CULTIVO:

La toma de un cultivo es necesaria en casos resistentes al tratamiento o en pacientes con factores de riesgo.

OTITIS EXTERNA AGUDA DIFUSA

Es un proceso inflamatorio e infeccioso del oído externo por infección de *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.

A - FISIOPATOLOGÍA:

- Contaminación bacteriana del conducto auditivo.
- Situación de maceración de la piel del conducto por causa de la humedad, el calor que sirve de caldo de cultivo a las bacterias.



B - DIAGNÓSTICO:

1) EL DOLOR:

- Severo, progresivo y se irradia hacia la región temporo-mandibular.
- Cualquier maniobra sobre el pabellón auricular o conducto, incluso el simple hecho de masticar, exacerba el dolor.

2) OTORREA:

- La otorrea suele aparecer en una fase más tardía.



3) EXPLORACIÓN OTOSCÓPICA:

- Se aprecia una inflamación externa o a la entrada del conducto.
- En fases iniciales, enrojecimiento difuso.
- Fases tardías, engrosamiento de las paredes del conducto y reducción significativa de su diámetro.





Otitis externa difusa.

Paciente de 25 años que a raíz de iniciar baños en piscina este verano comienza a notar picor y dolor en ambos oídos. La exploración es muy dolorosa y se aprecia una inflamación difusa en pared posterior del conducto auditivo externo.

C - TRATAMIENTO MÉDICO:

- Gotas con gentamicina y dexametasona, tres veces al día durante 10 días.

OTITIS MEDIA AGUDA

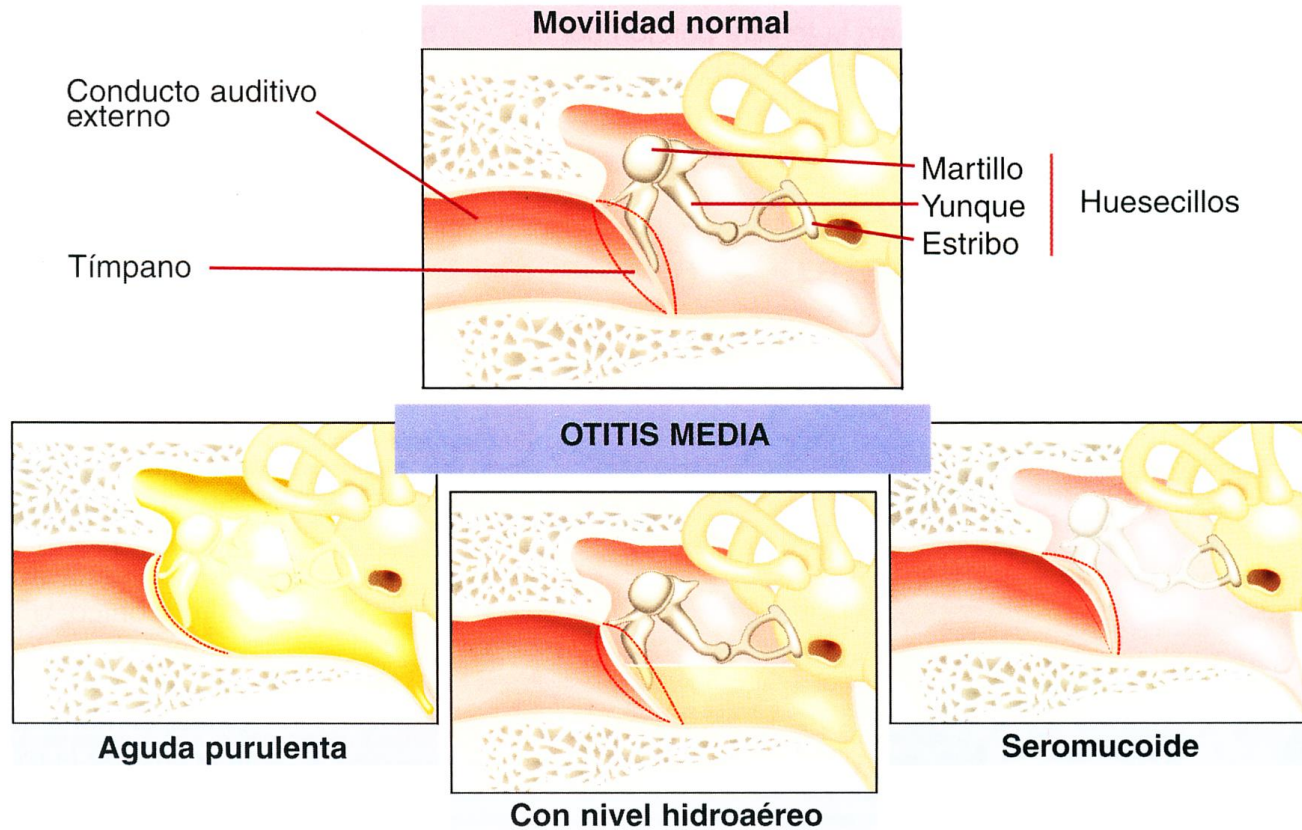
Es la causa más común de otorrea y en un 10% de los niños hay asociada una perforación timpánica.

A - FISIOPATOLOGÍA:

- Disfunción de la trompa de Eustaquio obstruida que impide el recambio del aire en el oído medio (vegetaciones adenoideas, tumoración en nasofaringe).
- Incremento en la actividad secretora de las glándulas caliciformes y seromucosas.
- La causa más frecuente de infección es el *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*.



FISIOPATOLOGÍA DE LA OTITIS



B - DIAGNÓSTICO Y OTOSCOPIA:

Se distinguen tres fases evolutivas.

1) FASE INICIAL:

- Dolor pulsátil, profundo en el oído y se irradia hacia mastoides y cavidad oral.
- Fiebre.
- La otoscopia muestra un cierto enrojecimiento de la membrana timpánica, que abomba hacia afuera, aparentando una cierta tensión .



Otitis media aguda.

Paciente de 47 años que durante un proceso catarral realiza un viaje en avión de 6 horas de duración, notando desde el momento del aterrizaje hipo-acusia, sensación de plenitud ótica y dolor severo. A lo largo del primer día ha mejorado algo el dolor, persiste la hipo-acusia y comienza a notar una cierta sensación de inestabilidad. Se aprecia un tímpano con tensión, con un material blanquecino en hemitímpano inferior que se corresponde con una efusión purulenta.



2) FASE DE PERFORACIÓN:

Pasados 1-2 días espontáneamente se produce una perforación de la membrana timpánica, salida del pus con otorrea profusa, mejoría de los síntomas y desaparición de la fiebre.

3) FASE DE REPARACIÓN:

La fase de reparación se caracteriza por:

- una reducción importante de la otorrea .
- una cicatrización espontánea de la membrana timpánica.



La imagen otoscópica depende del momento de la exploración respecto al proceso agudo, de tal manera que puede verse una región de membrana timpánica puntiforme o de mayor diámetro, coincidiendo con la zona de la perforación .

Otitis media serosa.

Paciente de 34 años que durante un catarro de vías respiratorias altas refiere presión ótica, dolor e hipoacusia de 1 día de evolución.



Perforación de membrana timpánica casi total, central y activa en un paciente de 19 años con otorrea de 6 días de evolución después de un proceso de otalgia e hipo-acusia coincidiendo con un catarro de vías altas.



Área monomérica en cuadrante postero-inferior en paciente con antecedentes de otitis media aguda.



C- TRATAMIENTO MÉDICO:

1) FASE AGUGA:

- Antibiótico por vía general (combinación de amoxicilina y ácido clavulánico), durante al menos 10 días.
- En caso de alergia a la penicilina, claritromicina
- En adultos cefalosporina de 2ª (cefuroxima-axetilo, cefprozil) o de 3ª generación (cefpodoxima).
- Analgésico, antitérmico y antiinflamatorio en los primeros días.



2) FASE DE PERFORACIÓN:

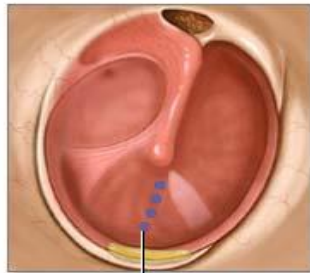
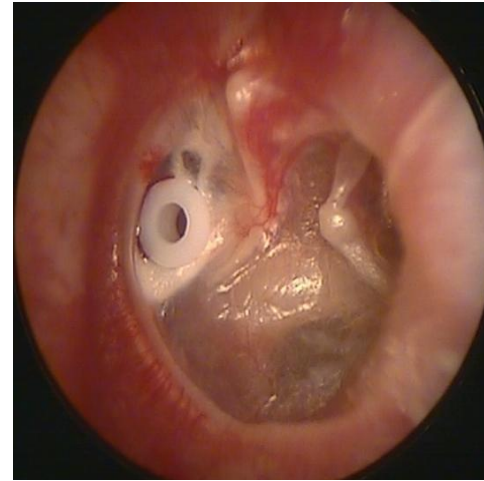
- Preparado por vía tópica con antibiótico de amplio espectro (neomicina, gentamicina, polimixina), analgésico y corticoide.
- Lavados nasales con suero para descongestionar la nasofaringe y conseguir una mejoría funcional de la dinámica tubárica.



NOTA : INDICACIONES PARA LA INSERCIÓN DE DRENAJES TRANSTIMPÁNICOS

1. Otitis media crónica, bilateral o unilateral, con efusión que no responde al tratamiento médico después de menos 3 meses.
2. Episodios recurrentes de otitis media con efusión que repiten por un período superior a 6-12 meses.
3. Otitis media aguda recurrente en la que la profilaxis antibiótica no reduce la frecuencia.
4. Disfunción de trompa de Eustaquio con síntomas recurrentes sin respuesta al tratamiento médico.



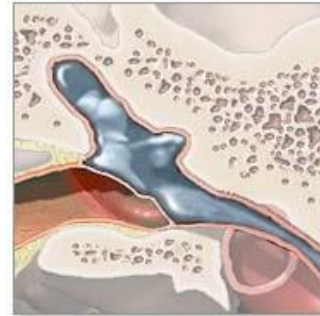


Se hace una pequeña incisión en la membrana timpánica



Se introduce un tubo para drenar el fluido timpánico

Antes



Después



OTITIS MEDIA AGUDA DEL LACTANTE

- Los niños pequeños y los lactantes presentan una predisposición anatómica a las infecciones del oído medio por vía tubárica, ya que tienen una trompa corta, recta y amplia.
- Las bacterias pueden quedar atrapadas cuando el tejido de la trompa de Eustaquio se inflama.



➤ La otitis se manifiesta por:

- Dolor de oído, especialmente por la noche o al acostarse
- Se toca la oreja o mete el dedo en los oídos
- Sacude la cabeza
- Tiene mucosidad nasal, tos o dolor de garganta
- Está irritable, llora más de lo normal, intranquilo
- No bebe o come de forma normal: el bebé quizás trate de retirarse del seno o biberón cuando está mamando.
- Hay drenaje del oído



➤ La exploración muestra:

- El niño se lleva las manos al oído enfermo.
- Dolor a la presión sobre el trago .
- Tímpano abombado y de coloración rojiza.

➤ Requiere tratamiento con antibióticos.



➤ Los niños pueden tener mayor riesgo de tener infecciones de oído si:

- Están rodeados de gente que fuma.
- Han tenido infecciones de oído antes.
- Otros miembros de su familia han tenido infecciones de oído.
- Van a una guardería infantil; puesto que allí están expuestos o más gérmenes y virus.
- Nacieron antes de tiempo o tuvieron bajo peso al nacer.
- Tienen resfriados u otras infecciones con frecuencia.



- Los acuestan tomando un biberón.
- Usan un chupete.
- Son varones; los niños tienden a tener más infecciones de oído que las niñas.
- Vegetaciones adenoides.
- Tienen alergias con congestión nasal.



MASTOIDITIS

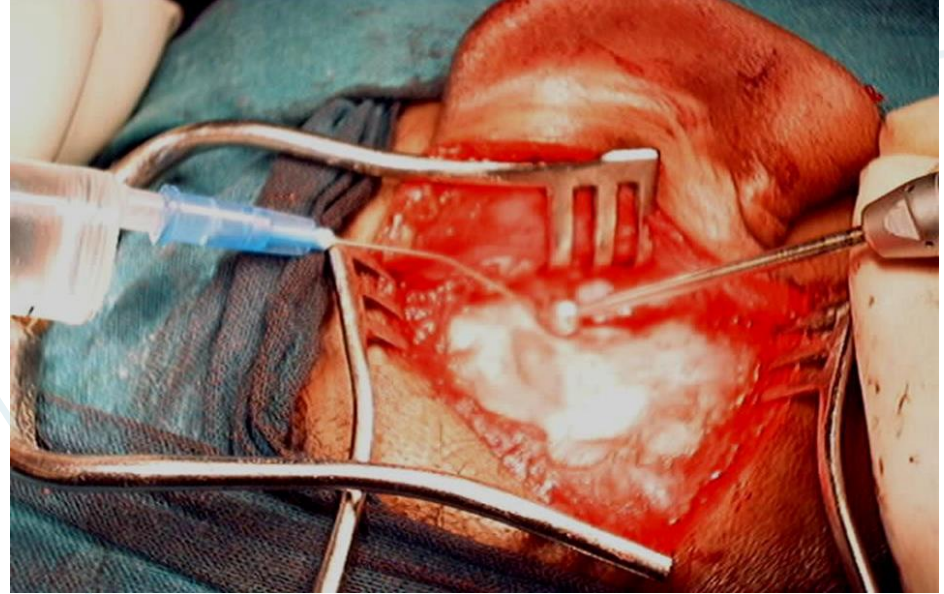
I - FISIOPATOLOGÍA:

- Complicación más frecuente de la otitis media aguda.
- Inflamación propagada desde la caja del tímpano al sistema neumático del hueso temporal, sobrepasando la mucosa y afectando al propio tejido óseo.
- Absceso subperióstico lateral a la cortical mastoidea y medial en la concha del pabellón auricular a las 2 semanas de una otitis media aguda.



➤ La mastoidectomía se indica cuando existen:

- síntomas de complicación intracraneal
- absceso subperióstico
- absceso en la punta de la mastoides y parálisis facial.



B - DIAGNÓSTICO:

➤ SIGNOS CLÍNICOS:

- Niño febril .
- Supuración.
- Dolor a la presión sobre la mastoides.
- Tumefacción retroauricular con separación del pabellón en más del 65 % de los pacientes.



➤ OTOSCOPIA:

- Restos de otorrea .
- Tímpano opaco, enrojecido, abombado.
- Descenso de la pared posterior del conducto auditivo externo.

➤ TAC:

- Lesiones líticas óseas en la mastoides.



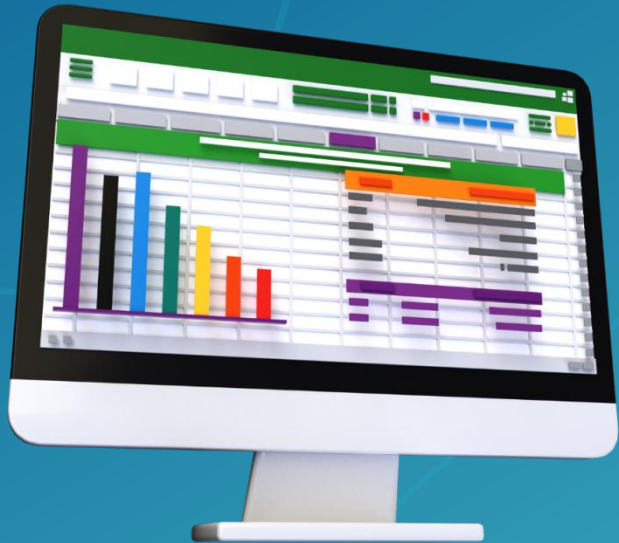
➤ Inspección:

En raras ocasiones hay una tumefacción laterocervical debida a un absceso de la punta de la mastoides (extensión de la infección a las fascias de los músculos digástrico, ECM).



C - TRATAMIENTO MÉDICO:

➤ Se debe realiza cultivo y antibiograma, antes de iniciar la antibioterapia intravenosa específica.



Visita Nuestro Departamento Científico

scientific-european-federation-osteopaths.org