

Guía para el diagnóstico y tratamiento la Otitis Externa Aguda

Objetivo

Brindar recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis externa aguda (OEA), las cuales son aplicables a niños desde los dos años de edad, adolescentes y adultos que presentan diagnóstico sugestivo de la enfermedad. La guía está dirigida a otorrinolaringólogos, pediatras, médicos generales, médicos familiares e internistas y médicos en atención prioritaria y/o urgencias, y pretende facilitar una herramienta rápida y útil para el diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda.

Evaluar la evidencia publicada y realizar recomendaciones basadas en el cuidado médico primario para la prevención en la aparición de otitis externa aguda. Identificar factores de riesgo y modificantes en pacientes con OEA.

Facilitar al médico herramientas clínicas y paraclínicas para el adecuado diagnóstico de la otitis externa aguda, teniendo en cuenta diagnósticos diferenciales al momento de la evaluación del paciente.

Recomendar tratamiento antibiótico apropiado (tópico versus sistémicos) en pacientes con OEA.

Establecer recomendaciones para el adecuado manejo del dolor en una OEA.

Grupo que elabora la guía

En la elaboración, redacción y revisión de esta guía participaron los doctores Luis Jorge Mejía Perdigón, Luz Nelly Tobar Bonilla, Ziad Dabaje Chawcher y Omar Alberto Gutiérrez Guauque. Búsqueda en la literatura y evaluación de guías encontradas por el método AGREE: realizadas por ACORL, el doctor Gilberto Eduardo Marrugo Pardo y la Universidad del Rosario.

Fecha de elaboración

Entre septiembre del 2008 y mayo del 2009. Se

sugiere la revisión de esta guía en el primer semestre del 2014.

Conflicto de intereses

El doctor Luis Jorge Mejía Perdigón ha sido conferencista en jornadas aisladas con algunos laboratorios farmacéuticos nacionales e internacionales. Como secretario de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial ACORL no ha sostenido negociaciones con la industria farmacéutica ni casas comerciales. No se declaran otros.

La doctora Luz Nelly Tobar Bonilla, no tiene ningún conflicto de interés que declarar. Como vocal suplente de la junta directiva de la asociación colombiana de otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y estética facial no ha sostenido negociaciones con la industria farmacéutica ni casas comerciales. El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la ACORL y el tiempo de la Universidad del Rosario.

El doctor Omar Alberto Gutiérrez Guauque, no tiene ningún conflicto de interés que declarar. El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la ACORL y el tiempo de la Universidad del Rosario.

Calidad de la evidencia

RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

GRADO A. Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para favorecer la práctica de una intervención.

GRADO B. Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere la práctica de una intervención.

GRADO C. Condiciones para las cuales no hay evidencia clínica suficiente para favorecer o evitar la práctica de una intervención.

GRADO D. Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere evitar la práctica de una intervención.

GRADO E. Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para evitar la práctica de una intervención.

CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

NIVEL I. Experimento clínico aleatorizado, con adecuado control de errores, intervalos de confianza aceptables y/o un metaanálisis de calidad, con estudios homogéneos.



NIVEL II. Experimento clínico aleatorizado, sin adecuado control de errores o sin intervalos de confianza aceptables y/o un metaanálisis con estudios heterogéneos o que no sean de alta calidad.

NIVEL III.

- Experimento clínico controlado no aleatorizado.
- Estudios de casos y controles o cohortes.
- Cohortes con controles históricos o series de tiempo (antes y después).

NIVEL IV. Opiniones de autoridades con experiencia clínica no cuantificada, informes de comités de expertos y series de casos.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda inicial de las mejores guías disponibles para el diagnóstico y tratamiento de la *otitis externa aguda*, en varias bases de datos, con el requisito de que estuviesen publicadas en inglés, español o portugués entre los años 2000 a 2008 y luego fueron enviadas a diferentes expertos, miembros de ACORL, quienes las calificaron teniendo en cuenta el documento AGREE para evaluación de la calidad de guías, y escogieron las mejores. Se consultó a miembros de ACORL sobre aspectos de la *otitis externa aguda*, que deberían ser resueltos por una guía de diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación, las guías seleccionadas y las preguntas realizadas fueron enviadas al Servicio de Otorrinolaringología de la Universidad del Rosario, para su redacción final, y búsqueda basada en la evidencia de aspectos no cubiertos por las guías de referencia y preguntados por los expertos.

Criterios de exclusión

La guía no establece recomendaciones para los siguientes casos:

- Niños menores de dos años.
- Pacientes inmunocomprometidos.
- Pacientes con sospecha de otitis externa maligna o necrotizante.
- Otomicosis.
- Herpes zóster (síndrome de Ramsay Hunt).
- Eczema de contacto.
- Furunculosis.
- Otitis externa crónica.

Definición

La otitis externa aguda es la combinación de los siguientes elementos diagnósticos:

- TIEMPO.
- Rápida instauración (desde las primeras 48 horas hasta las primeras tres semanas de inicio de los síntomas).

SÍNTOMAS.

- Otagia usualmente severa en un 70%, prurito en un 60% y sensación de plenitud auricular en un 22%.
- Con hipoacusia o sin ella y/o dolor en la articulación temporomandibular, el cual se incrementa con la masticación.

SIGNOS DE INFLAMACIÓN DEL CAE.

- Hipersensibilidad a la palpación del trago o tracción del pabellón auricular.
- Edema y/o eritema del conducto auditivo externo evidenciado a la otoscopia.
- Con otorrea o sin ella, adenopatías locales o regionales, eritema del tímpano, celulitis del pabellón auricular o piel adyacente.

Ayudas diagnósticas:

- Otoscopia. Por lo general, la OEA se asocia con integridad de la membrana timpánica.
- Neumatoscopia. En la OEA se observa adecuada movilidad de la membrana timpánica, a diferencia de la otitis media aguda, en la que la movilidad es limitada o disminuida por ocupación de líquido dentro del oído medio.
- Timpanometría. En la OEA, la curva de timpanograma es tipo A, en comparación con pacientes con otitis media aguda, en la que usualmente se encuentra una curva de timpanograma tipo B.

La otitis externa aguda, conocida además en la literatura médica como “oído del nadador”, es una de las infecciones más comunes en otorrinolaringología, con una incidencia anual entre 1:100 y 1:250 de la población general, con variaciones en cuanto a la edad y geografía; así, constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente.

El germen más comúnmente asociado es la *Pseudomona aeruginosa*, con una prevalencia que varía entre un 20 a un 60%, seguido del *Staphylococcus aureus*, con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 70%.

El rápido diagnóstico y el adecuado manejo médico permiten una resolución favorable de los signos y síntomas de esta enfermedad.

Es importante mencionar el uso pertinente de los agentes antimicrobianos una vez establecido el diagnóstico, teniendo en cuenta costos, riesgo/beneficio y aumento en la resistencia antibiótica que se puede generar a corto, mediano o largo plazo con el empleo inadecuado de estos.



La siguiente guía proveerá herramientas útiles para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico adecuado en pacientes con otitis externa aguda.

Prevención

FACTORES PREDISPONENTES

Son múltiples los factores que predisponen a la aparición, rápida instauración o empeoramiento de los signos y síntomas de pacientes con otitis externa aguda; valdría la pena mencionar los más relevantes:

- Climáticos: ambientes húmedos y cálidos.
- Exposición o entrada de agua al conducto auditivo externo.
- Condiciones dermatológicas, como el eczema, la soriasis, la dermatitis seborreica y la hiperhidrosis.
- Genéticos: grupo sanguíneo tipo A.
- Anormalidades anatómicas, como estrechez del conducto auditivo externo o presencia de exostosis.
- Traumatismo.
- Otorrea proveniente de la cavidad de oído medio.
- Furunculosis u otitis externa localizada.
- Alergenos: metales (níquel o plata), químicos (cosméticos, detergentes, champú), plásticos y medicamentos de aplicación tópica.

Factores modificadores

Son causas que alteran el curso natural de la enfermedad, disminuyendo o aumentando el tiempo de resolución de la misma y por ende requieren de un manejo específico.

Es importante al momento de la evaluación clínica del paciente identificar estos factores, ya que el manejo médico, aunque es similar, tiene pautas de tratamiento específicas para cada una de ellos, que no se mencionan en esta guía.

Entre los factores modificadores se citan:

- Pacientes inmunocomprometidos (infección por VIH, diabetes mellitus).
- Radioterapia.
- Otomicosis.

Tratamiento

El manejo está basado en:

- Alivio del dolor.
- Terapia inicial.
- Terapia tópica vs. terapia AB sistémica.

Recomendaciones y nivel de evidencia

- Establecer el diagnóstico diferencial, mediante uso

clínico y paraclínicos, mejora la exactitud diagnóstica, aumenta beneficio y disminuye costos en el paciente.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

El reconocimiento de los factores predisponentes y modificadores mediante criterio clínico y tests diagnósticos permite optimizar el tratamiento médico, disminuyéndose así la aparición de complicaciones que ponen en peligro la salud del paciente.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

Manejo del dolor:

Disminuye las molestias, permite el descanso y reincorpora al paciente a sus actividades diarias.

Nivel de evidencia: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: A

La elección del analgésico (acetaminofén y/o antiinflamatorios no esteroideos con o sin la asociación de opioides) se realiza de manera individualizada y según preferencia médica teniendo en cuenta la escala subjetiva para la evaluación del dolor o la severidad del mismo referido por el paciente.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

Se prefiere la vía de administración oral para el manejo del dolor en pacientes con OEA; en casos de dolor severo podría ser necesaria la vía parenteral. El intervalo establecido depende del tipo de medicación y del umbral del dolor del paciente.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

La aplicación local de anestésicos de forma tópica o infiltrada dentro del conducto auditivo externo se realiza de manera ocasional en pacientes con inflamación muy severa.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

Terapia inicial

La terapia tópica inicialmente está indicada en pacientes con otitis externa aguda no complicada (se define como no



complicada la ausencia de osteítis, formación de absceso, extensión de la enfermedad a la cavidad de oído medio o infecciones recurrentes).

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

La terapia tópica inicial se formula como suplemento coadyuvante en la terapia antibiótica sistémica en pacientes inmunosuprimidos (VIH o DM) con diagnóstico de otitis externa aguda. **Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B**

El uso de terapia antibiótica sistémica en pacientes con OEA no complicada conlleva a efectos adversos significativos, dentro de los cuales se cuentan el rash, el vómito, la diarrea, las reacciones alérgicas y las alteraciones en la flora nasofaríngea, asociados además a una mayor resistencia bacteriana y elevación de costos para el paciente.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

Aconsejar e informar al paciente evitar la manipulación o el mínimo traumatismo del conducto auditivo externo o la entrada de agua al mismo, mediante uso de protectores auditivos o algodones impregnados con vaselina, disminuye el tiempo de resolución de síntomas de la enfermedad.

Nivel de evidencia encontrada: IV grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

Terapia tópica

El uso de terapia tópica antimicrobiana con esteroides o sin ellos permite rápida respuesta a la resolución de síntomas de la enfermedad en un intervalo de tiempo de siete a diez días.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

La adición de esteroides a la terapia tópica antimicrobiana reduce medianamente el dolor, la inflamación y el prurito.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

El efecto adverso más común con el uso de terapia tópica antimicrobiana es el prurito en un 7%, seguido de la reacción local medicamentosa en un 5%.

Nivel de evidencia encontrada: I grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B

No se conocen estudios clínicamente evaluados para recomendar el uso de algunas preparaciones antisépticas o agentes acidificantes que lleguen a ser efectivas en el manejo de la otitis externa aguda.

Nivel de evidencia encontrada: IV grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: C

La información para el paciente acerca de la forma e intervalo de uso apropiados de la terapia tópica antimicrobiana; la remoción previa de cerumen o cuerpos extraños del conducto auditivo externo, ya sea mediante irrigación o extracción bajo visión microscópica y la aplicación de mechas impregnadas con cremas tópicas antimicrobianas por 24 a 48 horas en caso de estrechez del conducto, mejoran la adherencia y respuesta al tratamiento.

Nivel de evidencia encontrada: III grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: C

En pacientes con OEA asociada a perforación timpánica o a la presencia de tubos de ventilación es importante el uso de preparaciones tópicas no ototóxicas.

La neomicina puede inducir hipoacusia neurosensorial permanente. La penetración del medicamento a través de la ventana oval o redonda originan daño en la cóclea, principalmente por destrucción de las células ciliadas del órgano de Corti.

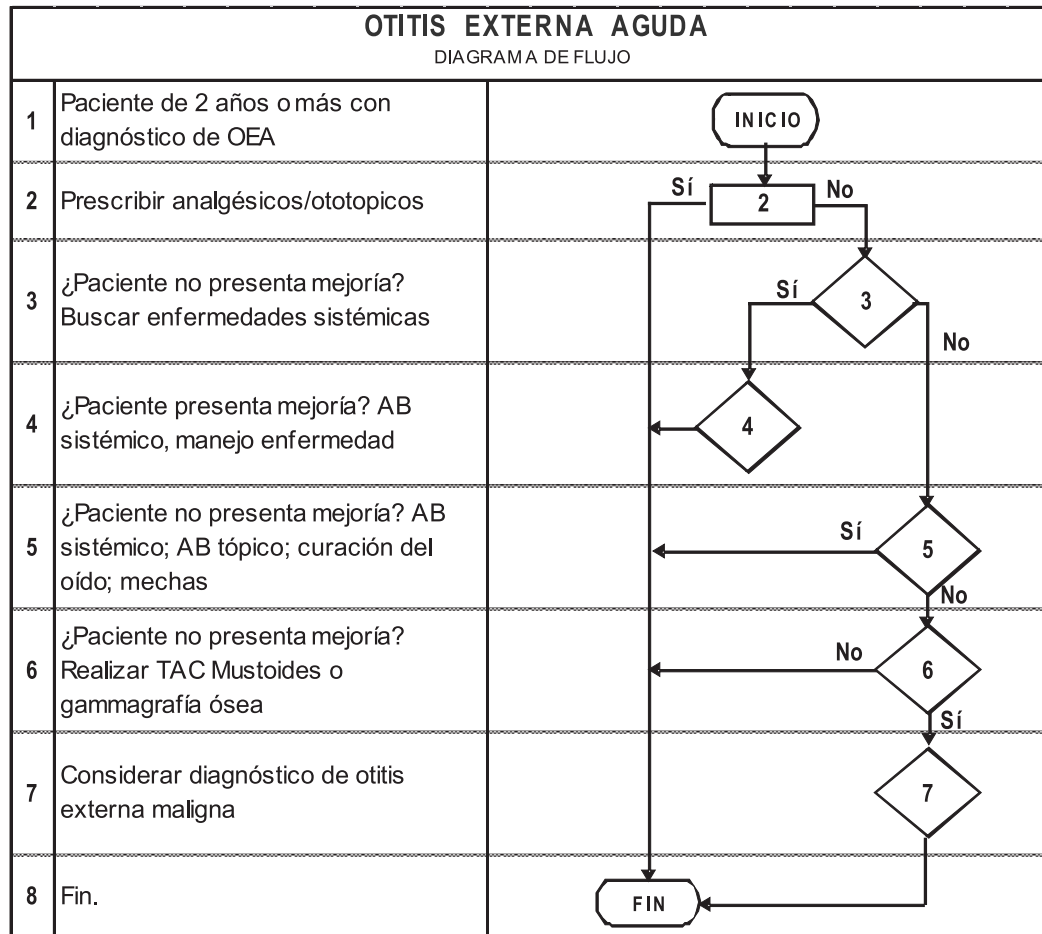
Nivel de evidencia encontrada: IV grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: E

Se recomienda reexaminar al paciente si no hay respuesta al tratamiento en las primeras 48 a 72 horas para así confirmar de nuevo el diagnóstico de OEA y/o excluir otras patologías.

Nivel de evidencia encontrada: III grado de recomendaciones con base en la calidad de la evidencia: B



Algoritmo



Bibliografía

1. Richard, M.; Rosenfeld and cols. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2006; 134: S4-S23.
2. Guthrie, R. M. Diagnosis and treatment of acute otitis externa: an interdisciplinary update. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1999; 17: 2-23.
3. Rowlands, S.; Devalia, H.; Smith, C., *et al.* Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. *Br J Gen Pract*, 2001; 51: 533-8.
4. Raza, S. A.; Denholm, S. W.; Wong, J. C. An audit of the management of otitis externa in an ENT casualty clinic. *J Laryngol Otol*, 1995; 109: 130-3.
5. Roland, P. S.; Stroman, D. W. Microbiology of acute otitis externa. *Laryngoscope*, 2002; 112: 1166-77.
6. Dibb, W. L. Microbial aetiology of otitis externa. *J Infect*, 1991; 22: 233-9.
7. Agius, A. M.; Pickles, J. M.; Burch, K. L. A prospective study of otitis externa. *Clin Otolaryngol*, 1992; 17: 150-4.
8. Clark, W. B.; Brook, I.; Bianki, D., *et al.* Microbiology of otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997; 116: 23-5.
9. Halpern, M. T.; Palmer, C. S.; Seidlen, M. Treatment patterns for otitis externa. *J Am Board Fam Pract*, 1999; 12: 1-7.
10. McCoy, S. I.; Zell, E. R.; Besser, R. E. Antimicrobial prescribing for otitis externa in children. *Pediatr Infect Dis J*, 2004; 23: 181-3.
11. American Academy of Pediatrics/American Pain Society. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, 2001; 108: 793-7.
12. Slack, R. W. T. A study of three preparations in the treatment of otitis externa. *J Laryngol Otol*, 1987; 101: 533-5.
13. Psifidis, A.; Nikolaidis, P.; Tsona, A., *et al.* The efficacy and safety of local ciprofloxacin in patients with external otitis: a randomized comparative study. *Mediterranean J Otol Audiol*, 2005.
14. Zikk, D.; Rapoport, Y.; Redianu, C., *et al.* Oral ofloxacin therapy for invasive external otitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1991; 100: 632.
15. Cannon, S. J.; Grunwaldt, E. Treatment of otitis externa with a topical steroid-antibiotic combination: a controlled clinical trial. *Eye Ear Nose Throat Monthly*, 1967; 46: 1296-302.
16. Cannon, S. External otitis: controlled therapeutic trial. *Eye Ear Nose Throat Monthly*, 1970; 49: 186-9.
17. Van Ginkel, C. J.; Brintjes, T. D.; Huizing, E. H. Allergy due to topical medications in chronic otitis external and chronic otitis media. *Clin Otolaryngol*, 1995; (20): 326-8.

