

III. ENFERMEDADES DEL OÍDO MEDIO

Sumario

Exploración otoscópica, técnica, membrana timpánica normal. Enfermedades de la membrana timpánica, miringitis bulosa: cuadro clínico, diagnóstico, conducta a seguir, calcificaciones, secuelas cicatriciales posotíticas y postraumáticas en la membrana timpánica, tímpano monomérico.

Lesiones traumáticas de la membrana timpánica, patogenia, diagnóstico, tratamiento.

Otitis media aguda purulenta, patogenia, etapas clínicas, diagnóstico, conducta a seguir. Técnica de la miringotomía. Complicaciones de la otitis media aguda. Otitis media secretoria aguda, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Otitis media crónica. Clasificación. Otitis media crónica simple. Factores predisponentes. Cuadro clínico diagnóstico y conducta a seguir. Otitis media crónica osteítica, diagnóstico. Colesteatoma del oído medio.

Exploración otoscópica

Constituye la base de un buen diagnóstico de las enfermedades del oído medio, ya que casi la totalidad de estas manifiestan en mayor o menor grado alguna alteración.

Para realizar dicha exploración se requiere, en primer término de un instrumental adecuado comenzando por el otoscopio, el más común es el de la forma de embudo (Toimbéé), de diferentes diámetros o en su defecto, los de iluminación directa, muy útiles para diagnósticos, pero poco prácticos para realizar cualquier proceder curativo en el oído. Los otoscopios eléctricos actualmente están dotados de iluminación halógena y conducción de la luz por fibra óptica, lo que ha mejorado la calidad visual, algunos modelos traen incorporado un sistema neumático que permite explorar mediante las presiones negativas y positivas alternantes, la movilidad de la membrana timpánica (tipo Siegle) (**figura 1**).



En las consultas especializadas usaremos el otoscopio simple, reservando el descrito anteriormente para exámenes en la cabecera del enfermo u otras situaciones especiales (**figura 2**).



Técnica

Con el paciente sentado de lado, con la oreja a examinar frente al médico, se enfoca el haz de luz refleja sobre el órgano y haciendo una ligera tracción del pabellón hacia arriba y atrás, con el fin de enderezar el conducto auditivo externo, a continuación se introduce con cuidado el otoscopio, usando siempre el de mayor diámetro que admita, en caso de niños no debemos olvidar lo necesario que resulta la inmovilización de la cabeza, ya que los movimientos intempestivos pueden ocasionar lesiones en el conducto y a veces (cuando se utilizan espéculos muy finos) de la membrana timpánica. La cabeza del paciente inicialmente colocada en el plano horizontal en relación con el médico debe de ladearse hacia el lado contrario cuando queremos ver la parte superior del tímpano (**figura 3**).



Membrana timpánica normal

En el fondo del conducto auditivo externo, inclinado ligeramente, visualizamos la membrana timpánica, en estado normal es de color blanco nacarado, muchas veces algo transparente en cuyo caso podemos ver, a través de ella algunos elementos de la caja timpánica como el tendón del estribo y el final de la rama larga del yunque, con fines topográficos; la membrana la dividimos en cuatro cuadrantes, dos anteriores (con una línea que pasa longitudinalmente

siguiendo el mango del martillo) y dos posteriores, otra línea que corta la anterior perpendicularmente al nivel de la punta del mango hace la división superior e inferior, así tenemos un cuadrante anteroinferior (AI), uno anterosuperior (AS), otro posteroinferior (PI) y por último el posterosuperior (PS) (**figura 4**).

En el cuadrante posteroinferior, y a veces algo más ventral, aparece un reflejo generado por la reflexión de la luz incidente que es índice de normalidad de la membrana y se conoce como reflejo luminoso de Politzer o triángulo luminoso de Wilde (TLP) para los autores anglosajones.

Hacia la parte superior encontramos los repliegues timpanomaleolares anteriores y posteriores que constituyen los límites entre el mesotímpano o pars tensa (que consta de tres capas: mucosa, media fibrosa y epitelial) y el epitímpano o pars flácida (membrana de Strapnell), la cual es de un color rosado y carente de brillo, en el cual histológicamente solo encontramos dos capas: la mucosa interna y la epitelial externa.

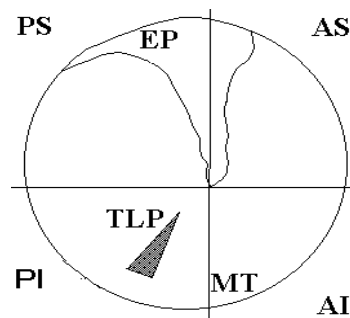


Figura 4. Cuadrantes de la membrana timpánica y TLP

Enfermedades de la membrana timpánica

El tímpano constituye un elemento de todo un sistema, por lo que las enfermedades aisladas de éste no son muy frecuentes, así tendremos: la miringitis vesicular o bulosa, la miringitis granulomatosa, las calcificaciones intratimpánicas y las cicatrices limitadas de las membranas secundarias a traumatismos curados de ella y secuelas de procesos inflamatorios.

Describiremos las más comunes en la práctica diaria, a las restantes le corresponde un estudio más especializado.

- **Miringitis vesicular o bulosa**

Es un cuadro agudo, en muchas oportunidades resulta difícil de diferenciar de la otitis media aguda bacteriana, al igual que ella es de aparición súbita, acompañada de otalgia más o menos intensa y acúfenos; sin embargo, al contrario de la infección bacteriana del oído medio, la fiebre suele estar ausente.

El diagnóstico se establece por la otoscopia, la cual es patognomónica, la membrana timpánica presenta unas bulas o vesículas llenas de un contenido hemático, limitadas a la capa epitelial; por lo que dichas bulas aparecen en diferentes estadios, es decir algunas coleccionadas a tensión y otras han estallado dejando salir su contenido hemático.

Conducta a seguir

Por tratarse de una entidad benigna recomendamos una conducta no invasiva, es decir no intentar punsionar las vesículas u ampollas ya que se pueden infectar secundariamente, indicaremos analgésicos, sedantes, y queda a criterio del médico en los casos en que se

sospeche la infección secundaria el uso de antibióticos, aunque algunos autores lo recomiendan en forma profiláctica.

- **Calcificaciones**

Aparición de acumulo de sales de calcio en la capa media o fibrosa del tímpano, los cuales se observan a la otoscopia como “manchas blancas” en el interior de la membrana, pueden ser en muchos pacientes del tipo “idiopático”, no es raro encontrarse con ellas cuando se realizan otoscopias de rutina en la consulta, en pacientes que acuden por otra razón (chequeos de grupos preempleo, servicio militar etc.) sin el antecedente de padecimientos óticos anteriores, también se describen como una manifestación del hiperparatiroidismo, por ultimo otro grupo de estas calcificaciones acompañan por causas desconocidas a la cicatrización de lesiones de diferentes orígenes de la membrana timpánica.

Conducta a seguir

Las calcificaciones timpánicas en sí no deben considerarse necesariamente como una enfermedad, sobre todo, en los casos “idiopáticos” en los que no se encuentra ningún tipo de antecedente ni hay en el momento del examen ningún tipo de sintomatología ótica; sin embargo, para afirmar lo anterior resulta al menos necesario realizar un estudio audiométrico y timpanométrico, y de resultar ambos normales es que podemos descartar que las calcificaciones sean secuelas de procesos patológicos del órgano, ignorados por el paciente.

Secuelas cicatriciales

Con mucha frecuencia estas secuelas se encuentran en la práctica otológica diaria en una gran variedad de grados, resultando los más comunes asociados a otros estados patológicos de las estructuras del oído medio, y más aisladamente, limitados al tímpano solamente.

En estos últimos casos tendremos las cicatrices resultantes de los traumatismos timpanales, ya sean directos o indirectos, observándose en la otoscopia zonas claras en la membrana, es decir, menos opacas de forma lineal cuando han sido resultado de curación de traumas y en forma redondeada cuando lo son de procesos inflamatorios curados; en los casos en que la secuela esté limitada a la membrana, no existen retracciones ni alteraciones de otros detalles normales del tímpano.

- **Tímpano monomérico**

Aparece como resultado de la reparación por el organismo de un defecto relativamente amplio del tímpano, sean traumáticos o más comúnmente de perforaciones ocasionadas por las otitis medias crónicas simples.

El diagnóstico se hace por la otoscopia, en la cual veremos un área grande de la membrana muy clara rodeada de otra de aspecto normal, esta imagen se produce debido a que durante el proceso de reparación la capa media o fibrosa no se regenera quedando como única expresión la capa epitelial, lo que le da su nombre de monomérico.

Resulta notable cómo estas grandes reparaciones timpanales son funcionalmente buenas ya que es infrecuente encontrar una hipoacusia de conducción, salvo en los casos de que por otras razones exista alguna limitación o condición patológica en la cadena osicular.

Aunque el audiograma resulte normal, es típica que se obtenga una gráfica timpanométrica especial conocida como Ad o timpanograma abierto), la cual traduce una enorme distensibilidad de la membrana (**figura 5**).

Las personas con este tipo de lesiones residuales aunque con audición normal deben ser precavidas frente a una serie de situaciones comunes, pero como ellas tienen esta condición

especial, el tímpano monomérico resulta extremadamente vulnerable a los cambios de presiones, por ejemplo, los baños de inmersión resultan especialmente peligrosos, así como los viajes en avión cuando el paciente presenta algún estado catarral banal de vías aéreas superiores (rinitis, resfriado común) que limiten un funcionamiento óptimo de la trompa de Eustaquio y por lo tanto un cambio efectivo del gradiente de presiones en el oído medio durante el vuelo.

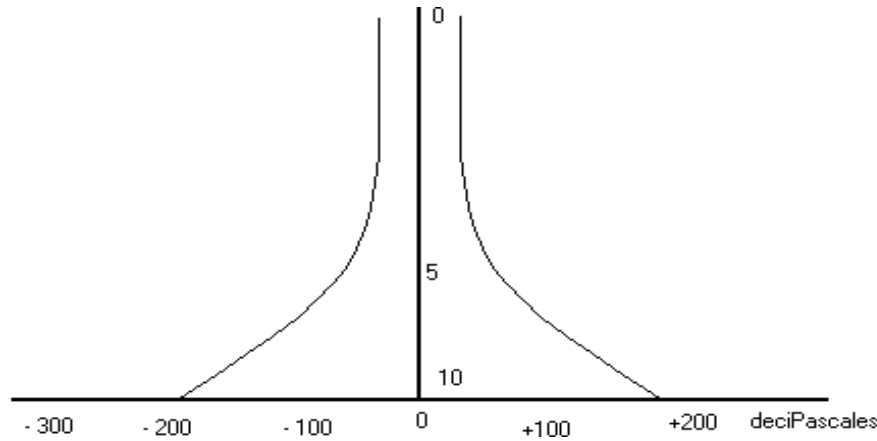


Figura 5. *Timpanograma A-D*

Traumatismos de la membrana timpánica

A pesar de que la membrana timpánica se encuentra muy bien protegida por su ubicación en las profundidades del hueso temporal, frecuentemente resulta dañada como resultados de traumatismos, los cuales se clasifican en directos e indirectos.

- Indirectos

Son aquellos en que la lesión se ha producido indirectamente, como su nombre o indica, por un aumento o disminución súbita de la presión en el oído externo, con suficiente energía cinética como para llevar a un punto crítico la resistencia elástica de la membrana.

Los traumas indirectos aparecen, por ejemplo al ser golpeado el pabellón auricular por un agente que lo ocluya totalmente y por ende comprima el aire en el conducto; otras veces por una onda expansiva, y menos frecuente, por un golpe hidráulico como suele ocurrir durante la práctica de deportes náuticos.

- Directos

En este grupo el agente vulnerante penetra en el conducto, encuentra el plano de resistencia del tímpano y lo perfora, pocas veces son proyectiles o fragmentos con alta energía, ya que la configuración del conducto casi nunca es rectilínea y estos elementos suelen dañar más las paredes de este que la membrana, en su mayoría son el resultado de accidentes que se producen cuando el paciente rasca el conducto con los más abigarrados objetos y por descuido se introducen profundamente.

En los niños son consecuencia por igual de la introducción en el oído de objetos con diámetro lo suficientemente pequeños para penetrar y en algunas oportunidades, desdichadamente no raras, las lesiones resultan consecutivas a maniobras intempestivas realizadas para extraer cuerpos extraños del conducto.

Cuadro clínico

La otalgia intensa aparece inmediatamente, acompañada de acúfenos e hipoacusia, además de otorragia de poca intensidad que cesa rápidamente. Algunos enfermos presentan un cuadro vertiginoso ligero, pero el médico debe estar alerta ya que si esos vértigos se asocian a manifestaciones vestibulares espontáneas evidente es de temer una agresión directa al vestíbulo de serias consecuencias para la función auditiva.

Diagnóstico:

Se realiza mediante la simple otoscopia, para lo cual previamente limpiaremos con material estéril los coágulos sanguíneos presentes en el conducto, hasta lograr precisar la membrana timpánica.

Podemos hallar varios tipos de perforaciones timpánales, pero la más común es la de forma estrellada (**figura 6**), otras del tipo lineal, y menos frecuentes las grandes lesiones en que el mango del martillo parece desnudo y los restos desgarrados del tímpano invaginados en las márgenes del rodete con sus extremos en el oído medio.

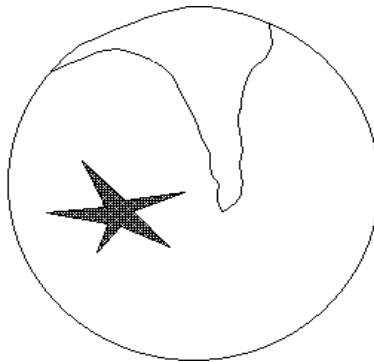


Figura 6. *Perforación traumática de forma estrellada*

Conducta a seguir

Afortunadamente la membrana timpánica tiene un asombroso poder de cicatrización, pero condicionado por la ausencia de infección, por lo que la acción terapéutica fundamental debe estar dirigida al control de ésta, ya que esas lesiones se consideran potencialmente sépticas.

Se indicará antibióticos del tipo de las penicilinas o cefalosporinas durante un espacio de tiempo mínimo de 10 días, se proibirán todo tipo de gotas óticas analgésicas o antibióticas, las que potencialmente pueden arrastrar los gérmenes del conducto hacia el oído medio y generar una infección mixta de más difícil control.

Los analgésicos serán administrados inicialmente por vía parenteral y cuando comience a disminuir la intensidad del dolor los usaremos por vía oral.

No debemos olvidar jamás, aunque es una posibilidad remota, que los objetos punzantes contaminados que han perforado el tímpano pueden ser portadores del *Clostridium tetani*, por lo que en este tipo de accidente se reactivará siempre el toxoide tetánico.

- Conducta quirúrgica

Ha sido muy discutida, en primer lugar, como afirmamos anteriormente, por la capacidad tan grande de cicatrización de la membrana, y en segundo lugar por la estadística de muchos

autores en que el índice de infecciones ha sido mayor cuando se ha adoptado una conducta quirúrgica.

En este aspecto creemos que el médico debe tener presente la característica individual de cada caso y basado en ello, solo operar las perforaciones traumáticas cuyos bordes estén muy separados o que hayan penetrado en la cavidad timpánica, en dichos casos se limitarán, con el uso del microscopio quirúrgico e instrumental especial de cofocirugía, a reponer en su lugar de origen los colgajos, bajo las más estrictas medidas de asepsia y antisepsia, y a manera de férula se aplicará una delgada lámina de papel muy fino o una película de gelatina prensada; esta técnica sencilla cumple casi siempre con el objetivo de lograr una curación lo más anatómica posible.

Otitis media aguda purulenta

Es la infección bacteriana aguda de las estructuras del oído medio, y en la práctica médica diaria es la enfermedad del oído medio más frecuente, de aquí la extraordinaria importancia que reviste un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Patogenia

Las bacterias alcanzan el oído medio casi siempre por vía ascendente, es decir, a través de la trompa de Eustaquio, como consecuencia de secreciones infectadas procedentes del cavum nasofaríngeo; en otros casos el oído es infectado como consecuencia de violaciones de la membrana timpánica, la infección por la llamada vía hemática es una verdadera rareza en los momentos actuales.

Las bacterias que suelen infectar agudamente al oído medio son en su gran mayoría gérmenes grampositivos, dentro de los más comunes los estreptococos y estafilococos patógenos, pero actualmente no resultan infrecuentes las infecciones bacterianas por el Hemófillus y las Klebsielas; en algunos enfermos inmunosuprimidos cada día se reportan más infecciones por gramnegativos de las especies Pseudomonas y Proteus, los cuales antiguamente se veían limitados a las infecciones crónicas del oído.

Diagnóstico:

Etapas clínicas de las otitis medias agudas(OMA)

La enfermedad transcurre por cuatro fases o etapas bien definidas:

- **Etapas inicial (o congestiva):** Es el inicio de la enfermedad, el paciente comienza con la otalgia intensa, los acúfenos y síntomas generales que coinciden con la aparición de la fiebre, hemos observado que en los niños además de la irritabilidad, el dolor aparece en forma de verdaderas crisis, es decir, el paciente está tranquilo, cuando súbitamente comienza a llorar llevándose la mano al oído afecto; en el lactante es clásico el llamado signo de Vacher que es cuando se niega a tomar el pecho materno y si se le apoya la oreja del oído enfermo sobre el brazo de la madre, aceptándolo cuando se coloca del lado opuesto, este signo al igual del que se encuentra al presionar la entrada del conducto en presencia de una OMA en el lactante, se debe a la no completa osificación del hueso timpanal, que permite que la presión pueda indirectamente ejercerse y por tanto desencadenar el dolor.

La otoscopia en esta etapa se traduce por una congestión difusa de la membrana con marcado acento de los pequeños vasos capilares que transcurren a lo largo del mango del martillo.

- **Etapas de abombamiento:** Conocida también como segunda etapa, es el resultado de la evolución natural de la enfermedad, en ella los síntomas iniciales se acentúan notablemente, sobre todo la otalgia que se hace casi insoportable.

En el examen otoscópico observaremos una membrana timpánica muy congestiva, donde no se definen claramente sus relieves anatómicos y que se encuentra, como su nombre lo indica, abombada hacia el oído externo.

- Etapa de perforación: Es la tercera, ya aquí tenemos la perforación espontánea del tímpano, los síntomas se atenúan marcadamente, sobre todo la otalgia, aunque se mantienen los acúfenos y la hipoacusia, también la fiebre tiende a desaparecer; el examen otoscópico arrojará la presencia de una membrana aún muy congestiva, pero en la cual ya se ha producido una perforación por donde sale el pus animado de un pulso capilar, el cual al ser reflejado por la luz incidente del instrumento aparece como un pequeño faro.

Existe una cuarta fase no reconocida por todos los autores, en ella en la enfermedad para a la supuración externa, es decir que la otorrea sale al exterior por el conducto auditivo externo, pero en la actualidad con los progresos de la terapéutica creemos que en realidad debe clasificarse como fase de resolución o de curación.

Conducta a seguir:

Por tratarse de un proceso séptico, el tratamiento estará basado en el uso de antibióticos que usados adecuada y oportunamente pueden abortar el proceso e impedir su paso a estadios siguientes, es decir que no pase de la primera fase en la cual siempre se logra la curación “ad integrum”

El antibiótico de elección durante muchos años ha sido la penicilina, por un espacio no menor de 10 días, pero en los últimos tiempos la aparición de cepas microbianas productoras de beta-lactanasas y sobre todo el reporte frecuente de infecciones por hemófillus obliga a tener en consideración la posibilidad de iniciar el tratamiento con las penicilinas semisintéticas con ácido clavulánico, las cefalosporinas de tercera generación y en caso de hipersensibilidad a los macrólidos.

Como parte integral del tratamiento usaremos analgésicos como el paracetamol o acetaminofen, las aspirinas tienden a desaparecer en el tratamiento del dolor en niños por su asociación con el grave síndrome de Reyé.

Se administrarán gotas nasales simples en el caso de pacientes pediátricos y en mayores de 5 años resultan útiles las gotas nasales compuestas de vasoconstrictores y antisépticos.

Cuando una OMA llega a nosotros en la segunda fase (abombamiento) el tratamiento anterior resulta insuficiente si no realizamos un sencillo proceder quirúrgico conocido como miringotomía o paracentesis timpánica.

Técnica de la miringotomía

Es un proceder algo doloroso que en el adulto puede efectuarse con una simple anestesia tópica, pero que en el niño requiere, además, de la más completa inmovilización, la sedación o anestesia de corto efecto como el Ketalar.

Realizamos una otoscopia convencional y con la lanceta, aguja de paracentesis o miringótomo se punsiona la membrana timpánica en el cuadrante posteroinferior (**figura 7**). Se elige este sitio ya que en él topográficamente no se sitúan por detrás estructuras susceptibles de ser dañadas por el proceder, la incisión debe seguir la dirección de las fibras radiales de la membrana timpánica.

Inmediatamente veremos salir las secreciones purulentas animadas de latidos y el dolor comienza a ceder.

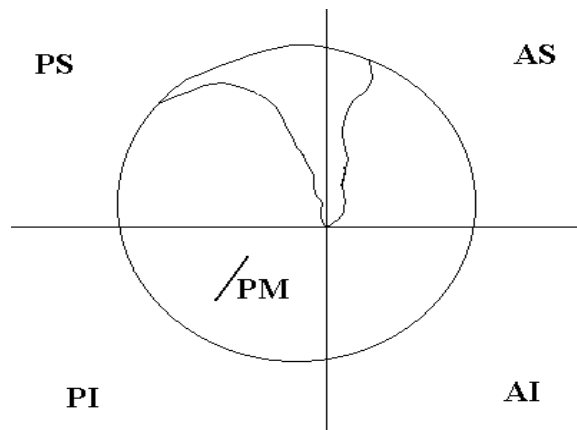


Figura 7. Punto de miringotomía

En la tercera fase, el tratamiento básicamente es el mismo, pero se recomienda a criterio del médico la posibilidad de ampliar la perforación espontánea del tímpano si a su juicio esta resulta puntiforme, es decir demasiado pequeña y con tendencia al cierre prematuro.

Complicaciones de la otitis media aguda

Son múltiples, pero con el manejo adecuado de los antimicrobianos y el diagnóstico precoz cada día resultan menos frecuentes, como es el caso de las petrositis que generan el síndrome de Gradenigo que actualmente es una verdadera rareza.

Se dividen en dos grandes grupos: complicaciones extracraneales e intracraneales.

- ✓ Extracraneales
 - Mastoiditis agudas en sus diferentes variantes (absceso subperióstico mastoideo, Bezold, Pseudo-Bezold temporocigomáticas).
 - Parálisis faciales periféricas otógenas.
 - Laberintitis purulentas
- ✓ Intracraneales
 - Meningitis bacteriana otógena
 - Abscesos cerebrales y cerebelosos otógenos
 - Tromboflebitis séptica del seno sigmoideo o lateral.

Todas estas complicaciones son sumamente graves y con una letalidad aún en nuestros días bastante elevadas, por lo que el médico debe estar prevenido, para ello resulta muy útil conocer los llamados signos de alarma o de advertencia de dichos procesos, entre los cuales se encuentran:

- **Mastoiditis aguda**

Aparición de dolor intenso e incremento de la fiebre, acompañada de aumento de volumen retroauricular que desplaza el pabellón auricular hacia abajo y delante, según la variante de la mastoiditis (la más habitual es el absceso subperióstico mastoideo), puede aparecer la colección en la punta de la mastoides (tipo Bezold) o incluso en la región supra y preauricular (tipo temporozigomática). La otoscopia en las fases iniciales indica una caída de la pared posterosuperior del conducto auditivo externo.

- **Parálisis facial**

Es del tipo periférico, comienza por una ligera toma de los músculos inervados por los axones de las neuronas motoras del facial inferior, pero en el transcurso de pocas horas ya se hace completa y aparece el signo de Bell.

- **Laberintitis purulenta**

Es el paso de la infección a través de una de las ventanas del laberinto a las estructuras del oído medio, generalmente es un cuadro muy agudo, aparece el nistagmo horizontal-rotatorio de irritación y una hipoacusia que progresa en el curso de pocas horas a la cofosis; como signo de advertencia veremos que en el curso de una OMA el enfermo comienza a quejarse de vértigos periféricos, pero este estado patológico tan agudo da pocas oportunidades de controlarlo y evitar la lesión del laberinto, la importancia de su diagnóstico reside en que una laberintitis purulenta es la antesala muchas veces de una meningitis bacteriana, por lo que una vez diagnosticada la laberintitis, se requiere un tratamiento mucho más enérgico.

- Complicaciones intracraneales

Todas son muy graves, el diagnóstico temprano influye en las cifras de mortalidad, el médico estará alerta ante un cuadro de OMA que comience con cefaleas, irritabilidad, fotofobia y otros signos meníngeos, en el caso de la tromboflebitis del seno lateral, la aparición de una fiebre en agujas se describe como clásica; todas se tendrán presente frente a la OMA que comience a adoptar una evolución desacomunada o tórpida.

Otitis media secretoria aguda

Esta enfermedad del oído medio, se nos presenta en muchas oportunidades como una afección aislada del órgano o bien como secundaria a otras situaciones patológicas.

Cuadro clínico

El paciente comienza a referir una sensación de ocupación o plenitud en el oído, acompañada de acúfenos, y discreta hipoacusia de conducción, otras veces refiere verdadera sensación de que tiene líquido en el oído y de que se desplaza con la posición de la cabeza, no hay dolor.

Patogenia

Puede la OMS ser consecuencia de múltiples factores entre los cuales se encuentran las infecciones virales del oído medio, rara vez aisladas sino como consecuencia de un catarro común, en el curso del cual aparecen los síntomas óticos antes descritos, como secundarias a episodios alérgicos respiratorios que es una de las consecuencias más frecuentes, puede resultar también por una infección subclínica por *Hemófillus Influenzae* y como expresión también de un Barotrauma, que se instala pocas horas después del accidente barotraumático (vuelo en aviones con problemas en la presurización de la cabina y otras situaciones relacionadas).

En fin, prácticamente cualquier estado de mal función de la trompa de Eustaquio puede ocasionar este complejo sintomático; cuando se crea la oclusión total de la tuba, el aire encerrado en la caja es reabsorbido y aparece primero una presión negativa, cuando esta sobrepasa los $- 300$ decipascales comienza el transudado de líquido seroso, el cual inicialmente es parcial y genera la típica imagen timpánica de Politzer, y a posteriori se convierte en total (atelectasia del oído medio).

Diagnóstico

Una vez establecida la sospecha de una otitis media simple (OMS) por el interrogatorio, se encontrarán sus signos otoscópicos que son: pérdida del brillo normal de la membrana, congestión aislada de los vasos del mango del martillo y la clásica imagen de Politzer, que se traduce por la presencia de burbujas de aire o de un nivel hidroaéreo visible en el oído medio, la movilidad de la membrana explorada con el otoscopio neumático de Siegle se encuentra disminuida, el timpanograma puede variar en dependencia de su intensidad desde un tipo B por atelectasia del oído medio hasta un C intermedio.

Conducta a seguir

Por principio, las acciones terapéuticas se orientan a lograr la permeabilización de la trompa de Eustaquio, para ello resulta de utilidad el uso de descongestionantes nasales, inhalaciones de vapor, y por vía parenteral se prescribirán antiinflamatorios no esteroideos, se agregará al esquema terapéutico algún antihistamínico cuando exista una base alérgica evidente y en situaciones especiales ha demostrado su eficacia el uso de esteroides por un corto periodo.

En los últimos tiempos, muchos investigadores han asociado la otitis media secretoria aguda a las infecciones por hemófillus, por lo que asocian una ampicilina o amoxicilina con ácido clavulánico a aquellos casos en los que se sospeche, por ejemplo: cuando aparece aisladamente, es decir no relacionada a factores regionales o físicos que la expliquen

Otitis media crónica (OMC)

En este grupo de enfermedades se reúnen varias entidades que tienen como denominador común la supuración de las cavidades del oído medio por un espacio mayor de 6 semanas, esta afirmación no puede ser absoluta, ya que muchos estados crónicos del órgano no se acompañan necesariamente de supuración como veremos más adelante.

Clasificación

Se dividen en dos grandes grupos: la otitis media crónica simple (OMCS) y la otitis media crónica osteítica (OMCO) estas últimas subdivididas en con colesteatoma y sin colesteatoma.

Otitis media crónica simple

Esta forma de otorrea crónica, es sumamente frecuente y suele comenzar en las edades tempranas, una de sus características es la presencia de una supuración mucoide, filante, abundante y que se acentúa con los estados catarrales de las vías aéreas superiores, habitualmente no es fétida, salvo que se infecte secundariamente con gérmenes anaerobios, dicha otorrea drena al exterior a través de una perforación de la membrana timpánica, ubicada siempre en el mesotímpano; esta perforación mesotimpánica se sitúa, sobre todo, en los cuadrantes inferiores, con más frecuencia en el anteroinferior (perforaciones “tubáricas”). En el curso de su evolución crónica la perforación adopta la forma arriñonada, como si contorneara a la punta del mango del martillo, no es infrecuente ver grandes perforaciones que prácticamente han destruido todo mesotímpano (**figura 8**).

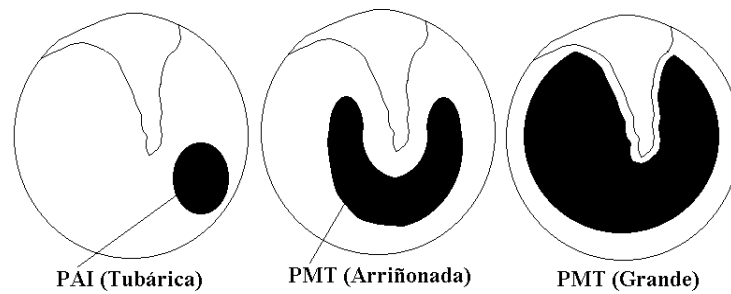


Figura 8. *Tipos de perforaciones mesotimpánicas*

Factores predisponentes

Es irrefutable que en la OMCS los factores regionales anatomofisiológicos influyen en la cronicidad del proceso, entre los más importantes se encuentran:

- Procesos sépticos regionales, amigdalitis, sinusitis y sobre todo, nasofaríngeos (adenoiditis)
- Desviaciones del septum nasal con mala ventilación.
- Malformaciones congénitas del paladar (palatoquisis)

Y de tipo generales como:

- Alergias respiratorias.
- Malnutrición, hipovitaminosis o ambos
- Enfermedades inmunodepresoras.

Cuadro clínico

La OMCS va a estar dominada por un cuadro otorreico abundante, filante y mucoso permanente y que aumenta notablemente cuando un factor de los antedichos predomina, sobre todo con las afecciones respiratorias altas, no cursa con dolor y tanto la aparición como la detención súbita de la supuración puede ser un signo de alerta de una complicación por cierre del drenaje a través del Aditus ad antrum, la hipoacusia del tipo conductivo puede estar presente en dependencia de la ubicación de la perforación, y es más acentuada en aquellas que exponen la ventana redonda (fenómeno de interferencia de fases), y aunque en esencia el proceso patológico está limitado a la mucosa del oído medio, en los procesos muy antiguos podemos encontrar necrosis de la apófisis larga del yunque lo que genera una hipoacusia conductiva de mayor grado. En muchos enfermos, producto del tratamiento o de una curación espontánea, dicha supuración puede desaparecer por un largo período y queda como expresión la perforación mesotimpánica seca, pero por estar expuesta la mucosa del oído medio es muy frecuente la reactivación o reinfección.

Hallazgos bacteriológicos

Al contrario de los procesos agudos del oído medio, la flora microbiana que encontraremos en las secreciones de los procesos crónicos serán gramnegativos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Klebsiela*, *Colibacilos* e incluso anaerobios.

Diagnóstico

Habitualmente no reviste grandes dificultades y nos plantearemos su diagnóstico frente a cada otorrea crónica, con las características mucoides, en la cual veamos una perforación mesotimpánica, pero tendremos que ser cuidadosos en esta interpretación, ya que el diagnóstico diferencial lo haremos con los procesos osteíticos potencialmente muy peligrosos. El estudio radiográfico es muy útil porque podemos observar el estado de las celdas mastoideas, la vista más empleada es la de Schüller; la mayor parte de los pacientes mostraran una mastoidea poco neumatizada y en los de larga fecha de evolución puede haberse detenido el desarrollo celular (tipo esclerótica).

Conducta a seguir

Va a dirigirse en dos sentidos: El primero, a controlar todos los factores regionales o generales que estudiamos anteriormente (eliminar focos sépticos, tratar las causas de mala ventilación tubárica, corregir los estados alérgicos y déficit inmunológico, entre otros); el segundo es el tratamiento local, para esto son indicados los lavados de oído con soluciones antisépticas, como la solución de ácido acético al 2%, gotas óticas con antibióticos y antiinflamatorios que se prolongarán por un tiempo suficiente hasta controlar la

Concepto

Es una infección crónica del oído medio, en la cual hay participación con compromiso necrótico del hueso temporal.

La enfermedad tiene a menos dos variantes bien definidas, una de ellas es la OMCO como tal y otra llamada OMCO colesteatomatosas.

Cuadro clínico

Se caracteriza por cursar con una otorrea escasa y no filante, la cual no tiene períodos de remisión espontánea y tampoco es influida por las afecciones respiratorias altas. La otorrea tiene como principal característica, además de su escasez, la fetidez típica que es la expresión de la necrosis ósea; el aparato transductor de sonidos en el oído medio se ve rápidamente afectado debido a la destrucción de los elementos osculares de la cadena.

En el caso de la OMCO colesteatomatosas pueden aparecer dos variantes clínicas de presentación muy diferentes.

El colesteatoma del oído medio conceptualmente es un seudotumor formado por múltiples capas epiteliales concéntricas (epidermosis), en cuyo interior se encuentran cristales de colesterina, de ahí su nombre. Su crecimiento se efectúa por acumulo de capas que comprimen el hueso circundante y por la acción química de la propia colesterina, dicho crecimiento al destruir el hueso temporal dará origen a la aparición de múltiples complicaciones.

Existen colesteatomas secundarios y primarios:

El secundario aparece en el curso de una supuración crónica debido a la penetración de continuidad en la membrana timpánica de tipo epitimpánica o marginal, aún está en discusión si también puede ser originado por una metaplasia epitelial, estimulada por la infección crónica.

En el caso del colesteatoma primario (el cual tiene que diferenciarse del colesteatoma genuino o margarinoma de Virchow que es congénito y puede verse en cualquier hueso craneal), no tendremos el antecedente de otorrea, y aparece siempre en el epitímpano para extenderse a otras partes del temporal, este tipo de colesteatoma se produce por una mala ventilación del ático, bien sea en la bolsa de Prussak o en la de von Tröslch, condicionada o no por un tabicamiento con la caja timpánica adquirido o congénito (pliegue, cuerda, tendón), lo cierto es que el ático se ventila, se produce la retracción de éste y la invaginación de la piel del epitímpano en el oído medio (**figura 9**).

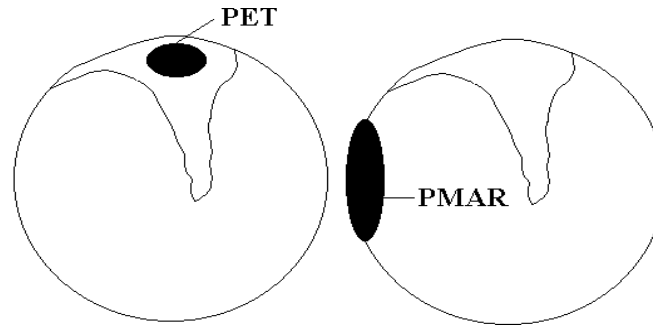


Figura 9. *Perforación epitimánica y marginal*

En estudio radiográfico, en la clásica vista de Schüller, podremos observar en casi 20% de los enfermos el signo del colesteatoma, dado por una osteolisis redondeada, rodeada de un halo de osteítis condensante, el colesteatoma se presenta mayoritariamente en apófisis mastoides del tipo esclerótica o diploica y excepcionalmente en las neumatizadas.

Complicaciones: Al igual que las de las otitis medias agudas van a ser extracraneales (laberintitis, parálisis facial periférica, mastoiditis agudas en sus diversos tipos) e intracraneales (meningitis, abscesos cerebrales y cerebelosos, tromboflebitis del seno lateral), también las paquimeningitis y abscesos extradurales se presentan más en estos procesos crónicos que en los agudos.

Conducta a seguir

Como norma básica, toda otitis media osteítica, con o sin colesteatoma, siempre será quirúrgica debido a sus potenciales y graves consecuencias.

Insistimos en la importancia de un diagnóstico temprano para su mejor curación, mientras más crónico es el proceso, más difícil será técnicamente la eliminación quirúrgica de todos los focos, y tendrá que ser sacrificada por el cirujano mayor cantidad de elementos osiculares, de manera que resulta mucho más difícil la reconstrucción del mecanismo de transmisión de los sonidos; por otra parte la presencia de una OMCO es una amenaza potencial para la vida del paciente por las graves complicaciones que inexorablemente ocasionará si no es operada.