

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

OTITIS EXTERNA MALIGNA

REPORTE DE DOS CASOS

* **Dr. Manfredo A. Moore M.**

INTRODUCCION

La denominación con el sufijo maligna nos hace pensar de inmediato que se trata de una neoplasia maligna; no es así.

Se trata de una enfermedad infecciosa de origen bacteriano de relativamente reciente descubrimiento. Fue descrita por primera vez en el año 1959 por Meltzer y Kelemen y necesita factores predisponentes, lo cual no había permitido su reconocimiento con anterioridad; en 1968, Chandler la describió de nuevo con mas amplitud.

ETIOLOGIA

Es producida por la bacteria *Pseudomonas Aeruginosa* y es una infección fulminante de alta mortalidad.

Las siguientes son las causas predisponentes:

- 1) Paciente diabetico de edad avanzada.
- 2) Deterioro de sus mecanismos de defensa.
- 3) Niveles bajos en sangre de las Ganmaglobulinas.

Otros factores predisponentes son inmunodepresión por quimioterapia, uso de esteroides y la arterioesclerosis.

La *Pseudomonas Aeruginosa* es aislada siempre en los cultivos de las secreciones del conducto auditivo externo; a veces puede estar acompañada de otras bacterias. Las exotoxinas producidas por la *Pseudomonas* son las responsables de lo fulminante del cuadro. Esas exotoxinas son Lecytinasa, Hemolysina, Lipasa, Proteasa

* **Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, R.D.**

y Esterasa. Ellas producen necrosis vascular destruyendo el tejido local y creando resistencia a la fagocitosis. La vasculitis diabética refuerza la producida por la *Pseudomonas*.

Esta bacteria también produce una neurotoxina que puede ser la causa de neuropatías de los pares craneales del 7mo. al 11mo.

SINTOMAS Y COMPLICACIONES

La enfermedad se inicia con:

- a) Dolor de oído
- b) Supuración por el conducto auditivo externo (CAE) a veces fétida
- c) Edema e hiperemia del CAE

La infección puede extenderse hasta la concha del cartilago auricular, invadiendo tejido periauricular como sucedió en el caso No. 1 de este reporte.

La afección puede extenderse hasta la glandula parótida y la articulación temporomaxilar. Se han reportado casos en que la infección ha avanzado hasta la caja del tímpano, mastoides, región petrosa del temporal y el cerebro. También se ha reportado parálisis del 7mo par craneal y tromboflebitis del Seno Venoso Lateral diagnóstico.

El cultivo de la secreción otica revela *Pseudomonas Aeruginosa* en un paciente anciano, diabético, con niveles bajos de ganmaglobulinas en sangre.

Si la enfermedad está muy avanzada, las radiografías del oído afectado revelarán pérdida de la aereación del antro mastoideo y celdillas periantrales.

El dolor que reaparece después de una mejoría aparente es un signo que debe ser tratado enérgicamente; es frecuente que el problema sea

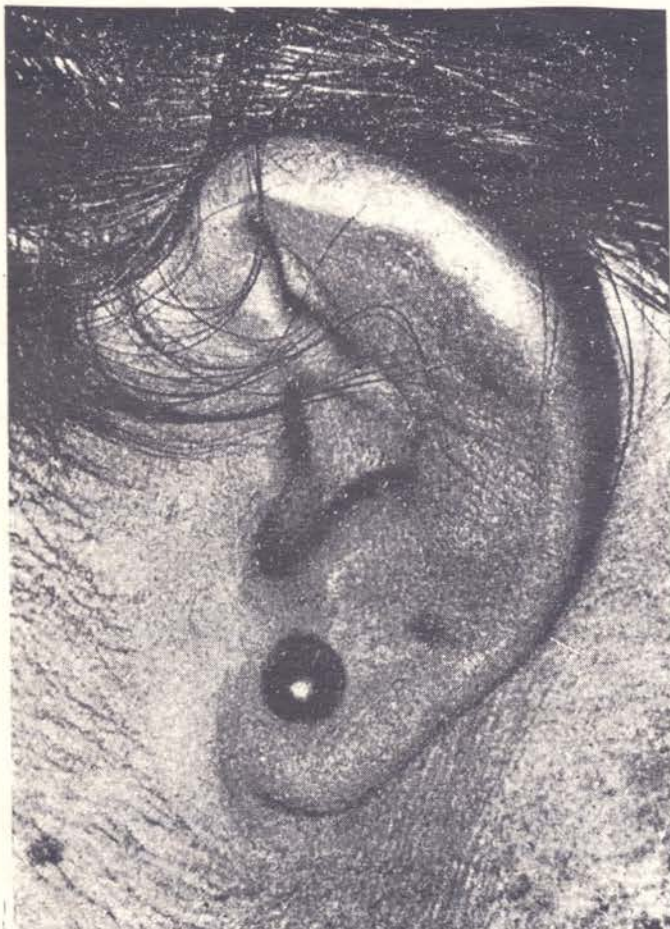


Fig. No. 1. Caso No. 1. Pericondritis en una paciente diabética de 63 años de edad, a consecuencia de una Otitis Externa Maligna.

recurrente. La eficacia del tratamiento será inversamente proporcional a la severidad de la Diabetes Mellitus subyacente.

Pronóstico: Muy malo. La mortalidad varía desde un 67% hasta un 80%. Ambos casos aquí presentados fallecieron.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso No.1

B.B. Paciente del sexo femenino, de 63 años de edad, mestiza, admitida en el hospital por supuración constante del oído derecho desde hacía dos meses, sordera

de conducción e inflamación del CAE. Inicialmente la paciente se quejaba de otalgia. Al ingresar al hospital presentaba una pericondritis del pabellón auricular derecho.

La paciente había sido manejada en varios centros de salud antes de llegar a nuestras manos.

Su glicemia al momento de su internamiento estaba en 253mg%, con una historia de más de 25 años padeciendo de Diabetes Mellitus. Se cultivó *Pseudomonas Aeruginosa* de la secreción de sus oídos.

Caso No. 2

W.N. Paciente del sexo masculino de 60 años de edad, mestiza, admitida en el hospital por presentar supuración constante del oído derecho iniciada 5 meses atrás, inflamación del CAE y sordera de conducción. Al inicio de su cuadro este paciente también tuvo otalgia, pero el pabellón de la oreja no presentaba alteración alguna.

Igual que el caso No.1, este paciente también había sido manejado en varios centros de salud antes de llegar a nuestras manos.

Su glicemia al momento del internamiento fue de 228 mg%, con una historia de 15 años padeciendo de Diabetes Mellitus. Se cultivó *Pseudomonas Aeruginosa* en las secreciones de su oído.

Tratamiento: Ambos pacientes debido a su mal estado general fueron manejados conservadoramente por nuestro servicio, conjuntamente con el servicio de Endocrinología.

El tratamiento para su otitis consistió en Carbenicilina, 4G por vía endovenosa cada 6 horas, curas locales de los oídos medio y externo con solución de Acido Acético y debridamiento diario de la lesión. La paciente no.1, también recibió Gentamicina 60 mg I.M. cada 8 horas.

Como dijimos anteriormente ambas pacientes fallecieron pocos días después de su internamiento.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Paparella, Michael M. y Shumrich Donald A. Otorrinolaringología. 3ra. Edición 1983. Editorial Científico-Técnico, La Habana, Cuba.