

Otitis media crónica en adultos

Fecha de la última revisión: 29/11/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se produce?](#)
3. [¿Cómo se clasifica?](#)
4. [¿Cuándo se produce?](#)
5. [¿Quién la produce?](#)
6. [¿Cómo se manifiesta?](#)
7. [¿Cómo se trata?](#)
8. [¿Cómo se puede complicar?](#)
9. [¿Qué nos llevamos a casa?](#)
10. [Bibliografía](#)
11. [Más en la red](#)
12. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La otitis media es la inflamación del revestimiento mucoperióstico del oído medio y la mastoides, cualquiera que sea su causa. Hablamos de otitis media crónica (OMC) cuando el paciente presenta otorrea persistente de larga evolución, entre las dos semanas y los tres meses (World Health Organization, 2004), perforación timpánica e inflamación de la mucosa de oído medio (OM) y mastoides. Por la presencia de perforación y otorrea recibe el nombre de otitis media crónica supurada (OMCS) (Wright D, 2009; Harkness P, 1998). Una parte de las OMCS pueden ser debidas al desarrollo de un colesteatoma, denominándose entonces otitis media crónica colesteatomatosa (OMCC) (Harkness P, 1998). El síntoma más característico de la OMC es la supuración, persistente o recidivante, que puede asociarse a otros síntomas otógenos como hipoacusia, vértigo y acúfenos.

Excluimos por lo tanto de esta presentación la otitis media crónica con derrame, llamada también otitis media serosa, caracterizada por la presencia de líquido en el interior de la cavidad del OM, con tímpano íntegro, frecuentes en la edad pediátrica y relacionados con alteraciones de la trompa de Eustaquio.

¿Cómo se produce?

La OMC se considera una enfermedad multifactorial y compleja debido a la interacción de elementos ambientales, bacterianos, genéticos y del huésped, lo que influye en su respuesta al tratamiento (Mittal R, 2015). La causa más frecuente de OMC en el adulto es la presencia de una perforación timpánica (figuras 1 y 2), consecuencia de una otitis media aguda (OMA), que no se ha cerrado. La presencia de la perforación permite la entrada de agua y secreciones en el oído medio lo que provoca su infección de forma repetida, conduciendo al edema de la mucosa y rotura del epitelio del oído medio. La respuesta provoca la creación de tejido de granulación en el OM (Roland PS, 2004). La presencia de una infección crónica, o repetida, puede provocar necrosis progresiva del resto timpánico y de la cadena osicular (figura 3), lo que incrementa la facilidad para la infección, así como la aparición de hipoacusia de transmisión y otras posibles complicaciones como vértigo o infecciones de vecindad.

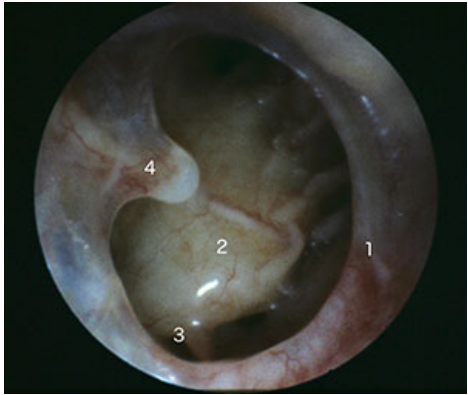


Figura 1. Perforación no marginal de tímpano de OD, con mucosa de caja seca.
1: *anulus* timpánico; 2: promontorio;
3: nicho de la ventana redonda; 4: resto del mango del martillo.

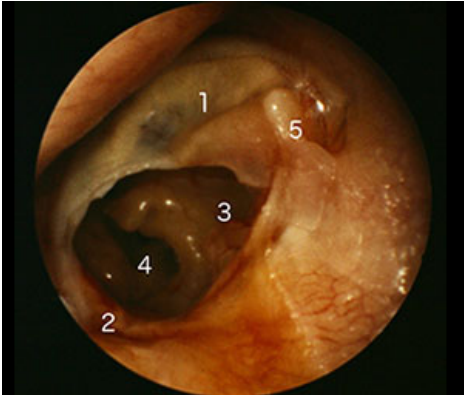


Figura 2. Perforación marginal a nivel inferior de tímpano de OI, con mucosa de caja seca.
1: resto timpánico en cuadrante antero superior; 2: área de perforación marginal en cuadrante anterior inferior; 3: promontorio;
4: nicho de la ventana redonda; 5: apófisis corta del martillo.



Figura 3. Otitis media crónica colestomatosa de OD.
1: *anulus* timpánico; 2: área de perforación marginal y escamas de colesteatoma a nivel del epítímpano; 3: promontorio; 4: resto del mango del martillo.

¿Cómo se clasifica?

Hay una gran variedad de clasificaciones de la OMC (Harkness P, 1998; World Health Organization, 2004; Mittal R, 2015). En nuestra opinión la más útil en atención primaria es la que analiza la causa que lleva al paciente a la consulta, la otorrea de repetición:

- **OMC activa:** cuando hay supuración a nivel del OM y el conducto auditivo externo (CAE). Es la OMCS.
- **OMC inactiva:** cuando el paciente presenta antecedentes de OMCS (perforación, edema de la mucosa de oído medio, antecedentes de supuración prolongada) pero en el momento de la exploración no presenta otorrea en el OM o el CAE. Sería el paciente al que conseguimos “secar” el oído medio tras la administración de un tratamiento. Es la OMC.

¿Cuándo se produce?

Una OMA produce la acumulación de secreciones en el oído medio que, si incrementan la presión sobre la membrana timpánica, pueden llegar a producir una perforación. Lo habitual es que la perforación sea pequeña y se cierre sin mayores consecuencias. En pacientes que presentan OMA de repetición, o en el caso de OMA agresivas, la perforación puede hacerse más grande y no cerrarse de forma espontánea, quedando como una secuela postotítica. El tamaño y la ubicación de la perforación es importante en la evolución del paciente.

Una perforación grande permite una amplia comunicación entre el OM y el CAE, comunicación que favorece el paso de gérmenes del CAE al OM y con ello la infección.

¿Quién la produce?

Es difícil saber los gérmenes más habituales de las OMCS debido a que la mayor parte de los cultivos están contaminados por los gérmenes habituales del CAE. Los agentes etiológicos responsables pueden tener dos orígenes: las vías respiratorias superiores o el CAE. En el primer caso, los agentes microbiológicos son similares a los que producen la OMA, y en el segundo a los que produce la otitis externa. Tradicionalmente son la *Pseudomonas aeruginosa* y el *Staphylococcus aureus* los dos agentes más aislados en diferentes series de OMC (Ekran M, 1994; Brook I, 2008; Mittal R, 2015). Otros agentes menos frecuentes son la *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* o *Escherichia coli*. La presencia de flora anaerobia se relaciona más asiduamente con OMCC. Las infecciones fúngicas por *Candida albicans* y grupo *Aspergillus* son muy infrecuentes, y pueden ser debidas al uso de antibióticos tópicos que al suprimir la flora habitual permiten el crecimiento de la flora fúngica (figura 4) (Schrader N, 2003).

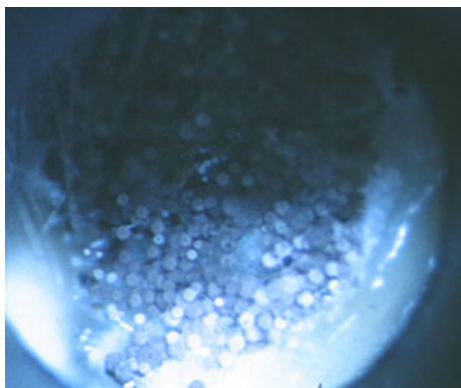
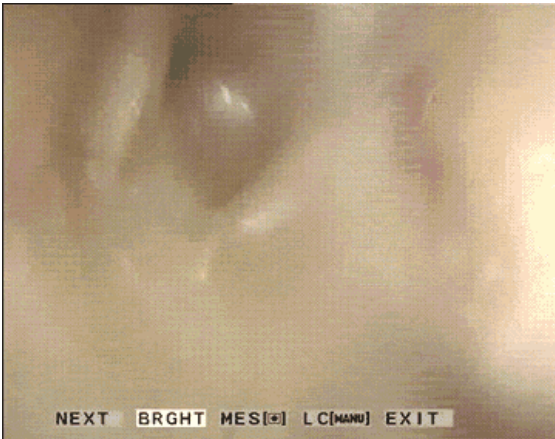


Figura 4. Otorrea infectada por *Aspergillus niger*.

¿Cómo se manifiesta?

El criterio básico para el diagnóstico de una OMCS es la presencia de otorrea de más de dos semanas de duración en un paciente con una perforación timpánica (vídeo 1). El paciente refiere la presencia de una otorrea, sobre todo nocturna, a veces muy mal oliente, que puede llegar a irritar de forma severa el pabellón auricular. La otorrea puede ser serosa, mucosa o purulenta, y variar en intensidad. Su presencia puede impedir la visualización del tímpano. En ocasiones puede ser pulsátil, lo que traduce una inflamación severa de la mucosa del OM. En OMCS de larga evolución pueden encontrarse micelios de hongos en la superficie de la piel

del CAE o en la superficie de la otorrea. En pacientes con OMCS de larga evolución pueden apreciarse pólipos de tejido de granulación que ocupan totalmente el CAE. Si la otoscopia permite ver la membrana timpánica identificaremos una perforación, central o marginal, con mucosa de caja edematosa, ocasionalmente pulsátil, con otorrea llenando el OM.



Vídeo 1. Otorrea pulsátil en CAE de oído izquierdo, en paciente con OMCS.
El aspecto del tímpano tras la aspiración y limpieza se puede ver en la figura 5.

La mayor parte de los pacientes con una OMCS/OMCC refieren una hipoacusia de transmisión (Rinne negativo y Weber lateralizado al lado afecto) cuya intensidad dependerá del grado de destrucción de la membrana timpánica y de la cadena de huesecillos.

¿Cómo se trata?

En nuestra opinión, en atención primaria, el diagnóstico o sospecha de una OMCS, o de la OMCC, es una indicación de consulta con el otorrinolaringólogo dado que la parte fundamental del tratamiento es (Tsilis NS, 2013):

1. Limpieza del CAE y OM.
2. Valoración de la otorrea.
3. Valoración del OM.

Todos estos procedimientos exigen la utilización del microscopio de exploración y el material adecuado. Puede hacerse con un otoscopio y un aspirador no otológico, pero no es recomendable. Además, ante una OMCS es necesario evaluar objetivamente el grado de secuelas auditivas que presenta el paciente mediante un estudio audiométrico. Ante la presencia de pólipos en el CAE no se debe nunca intentar extraerlos. Un pólipo en el CAE, mientras no se confirme lo contrario, es una OMCC.

La mayor parte de las OMCS/OMCC requieren tratamiento quirúrgico destinado tanto a la eliminación de la infección como al restablecimiento de los daños provocados por la infección crónica a nivel del tímpano y de la cadena de huesecillos, sobre todo en la edad pediátrica (Tsilis NS, 2013).

Lo más importante en el tratamiento de la OMCS es la prevención. Al paciente que se le diagnostica una perforación timpánica es necesario insistirle en que no debe entrarle agua en el CAE y que debe acudir inmediatamente a la consulta ante los primeros signos de supuración. La limpieza del CAE y el OM es el tratamiento inicial y más importante (figura 5). En ocasiones, solo con esto es suficiente. En segundo lugar, ver si hay signos de colesteatoma.

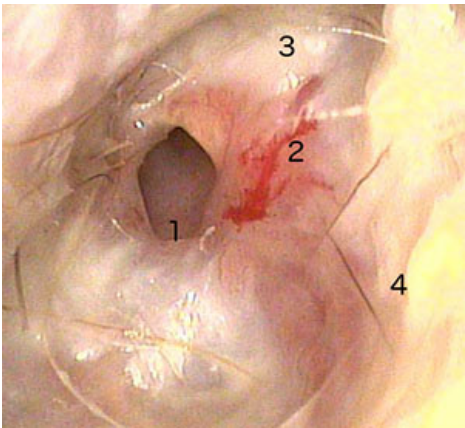


Figura 5. Aspecto de CAE y la membrana timpánica tras la aspiración de la otorrea mostrada en el vídeo 1.
1: perforación no marginal a través de la que se aprecia una mucosa de OM edematosa;
2: área hemorrágica correspondiente a tejido de granulación presente en la cara externa del tímpano;
3: apófisis corta del martillo; 4: restos de otorrea en la pared posterior del CAE.

Si es posible debe tomarse una muestra de cultivo previa a la iniciación del tratamiento, siempre que el paciente no haya estado sometido a tratamientos antibióticos previos. Tomada la muestra pasamos a la limpieza del CAE y el OM. La limpieza consiste en la extracción del material purulento y necrótico existente en el CAE y el OM mediante aspiración y siempre con una buena iluminación del CAE y el OM, por lo que se recomienda el uso del microscopio de exploración. Aunque está descrita la utilización de lavados con soluciones estériles, estas no deben de ser utilizadas antes de una adecuada limpieza del CAE y siempre a temperatura de 37 °C para evitar provocar un vértigo al paciente. En ocasiones, y dependiendo de la gravedad de la supuración, la limpieza del CAE y el OM es necesario hacerla dos o tres veces a la semana (Dagan R, 1992).

La primera línea de tratamiento es la antibioterapia tópica. Se recomienda el uso de fluoroquinolonas ([ciprofloxacino](#) y ofloxacino) en pacientes mayores de 6 años (asociados a corticoides) durante 10-14 días (Aslan A, 1998; Ohyama M, 1999; Wright D, 2009; Harris AS, 2016). No se recomienda el tratamiento por vía oral dado que la distribución del fármaco en el tejido ótico se ve comprometida por una mala vascularización secundaria a la destrucción tisular. La combinación de limpieza y tratamiento tópico obtiene unas concentraciones tisulares de antibiótico significativamente superiores (de 100 a 1.000 veces mayores) que el uso de antibióticos por vía oral (Mittal R, 2015; Wright D, 2009; Macfadyen CA, 2006).

El uso de antibioterapia i.v. se relegará a pacientes con complicaciones, riesgo de enfermedad invasiva o fracaso de antibioterapia previa, siendo recomendable la toma de cultivos para guiar el tratamiento (Penido NO, 2005).

¿Cómo se puede complicar?

La OMCS/OMCC puede provocar complicaciones locales y de vecindad. Las más frecuentes son:

- Hipoacusia de transmisión por erosión de la cadena osicular.
- Erosión del margen timpánico.
- Vértigo por erosión del conducto semicircular horizontal (figura 6).
- Parálisis facial por afectación de canal de Falopio (VII).
- Mastoiditis.
- Complicaciones intracraneales.

Los síntomas de alarma de complicaciones intracraneales, las más graves, son la presencia de fiebre persistente, cefalea y otorrea purulenta. Requieren la evaluación urgente por parte del ORL y la realización de un estudio de imagen cerebral. La presencia de vértigo puede ser debida a la erosión del conducto semicircular horizontal, confirmándose mediante la provocación de un vértigo al presionar el trago sobre el CAE y retirar bruscamente la presión (Signo de la fístula).

La identificación precoz de las complicaciones, sobre todo las intracraneales, favorecen el pronóstico gracias a una rápida intervención quirúrgica para el drenaje del OM (Penido NO, 2005).

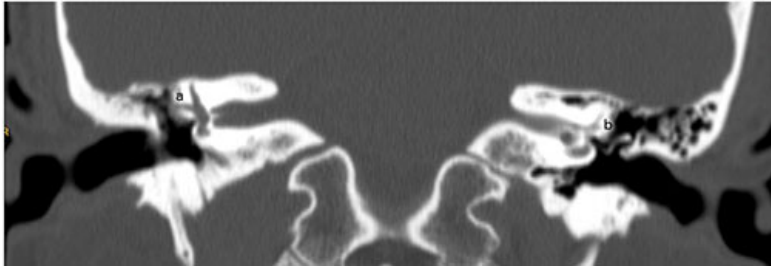


Figura 6. TAC de oídos medios correspondiente a la paciente de la figura 3.
a: erosión del conducto semicircular horizontal derecho, responsable del signo de la fístula positivo que presenta la paciente, con tejido que ocupa el epitímpano.
b: el conducto semicircular horizontal izquierdo se aprecia cubierto por hueso, sin presencia de tejido en el epitímpano.

¿Qué nos llevamos a casa?

A todo paciente al que se le diagnostique una perforación timpánica se le debe informar de las medidas para evitar la aparición de OMCS:

- Evitar la entrada de agua en el CAE.
- Ante la aparición de supuración persistente debe remitirse el paciente al ORL para limpieza del CAE y OM.
- No se deben instilar gotas tópicas sin una limpieza y evaluación previa del CAE y OM.
- La presencia de una otorrea persistente en un paciente con sospecha de una perforación timpánica debe ser valorado inicialmente por un ORL para realizar una adecuada limpieza del CAE y OM y descartar la presencia de una OMCC.
- La presencia de fiebre persistente, otalgia y cefalea en un paciente con otorrea crónica es indicación de consulta urgente por parte del ORL.

Bibliografía

- Aslan A, Altuntas A, Titiz A, Arda HN, Nalca Y. A new dosage regimen for topical application of ciprofloxacin in the management of chronic suppurative otitis media. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;118(6):883-5. PubMed [PMID: 9627259](#)
- Brook I. The role of anaerobic bacteria in chronic suppurative otitis media in children: implications for medical therapy. Anaerobe. 2008;14(6):297-300. PubMed [PMID: 19114112](#)
- Dagan R, Fliss DM, Einhorn M, Kraus M, Leiberman A. Outpatient management of chronic suppurative otitis media without cholesteatoma in children. Pediatr Infect Dis J. 1992;11(7):542-6. PubMed [PMID: 1528644](#)
- Ekran M, Aslan T, Sevik E, Güney E. Bacteriology of chronic suppurative otitis media. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1994;103(10):771-4. PubMed [PMID: 7944167](#)
- Harkness P, Topham J. Classification of otitis media. Laryngoscope. 1998;108(10):1539-43. PubMed [PMID: 9778297](#)
- Harris AS, Elhassan HA, Flook EP. Why are ototopical aminoglycosides still first-line therapy for chronic suppurative otitis media? A systematic review and discussion of aminoglycosides versus quinolones. J Laryngol Otol. 2016;130(1):2-7. PubMed [PMID: 26584651](#)
- Macfadyen CA, Acuin JM, Gamble C. Systemic antibiotics versus topical treatments for chronically discharging ears with underlying eardrum perforations. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25(1):CD005608. PubMed [PMID: 16437533](#)
- Mittal R, Lisi CV, Gerrig R, Mittal J, Mathee K, Narashimhan G, et al. Current concepts in the pathogenesis and treatment of chronic suppurative otitis media. J Med Microbiol. 2015;64(10):1103-16. PubMed [PMID: 26248613](#). [Texto completo](#)
- Ohyama M, Furuta S, Ueno K, Katsuda K, Nobori T, Kiyota R, et al. Ofloxacin otic solution in patients with otitis media: an analysis of drug concentrations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125(3):337-40. PubMed [PMID: 10190808](#). [Texto completo](#)
- Penido NO, Borin A, Iha LC. Intracranial complications of otitis media: 15 years of experience in 33 patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;132(1):37-42. PubMed [PMID: 15632907](#)

- Roland PS. The formation and management of middle ear granulation tissue in chronic ear disease. Ear Nose Throat J. 2004;83 (1 Suppl):5-8. PubMed [PMID: 14986396](#)
- Schrader N, Isaacson G. Fungal otitis externa--its association with fluoroquinolone eardrops. Pediatrics. 2003;111(5 Pt 1):1123. PubMed [PMID: 12728096](#)
- Tsilis NS, Vlastarakos VP, Chalkiadakis VF, Kotzampasakis DS, Nikolopoulos TP. Chronic otitis media in children: An evidence-based guide for diagnosis and treatment. Clin Pediatr (Phila). 2013;52(9):795-802. PubMed [PMID: 23539681](#)
- World Health Organization. Chronic suppurative otitis media. Burden of illness and management options. Geneva: World Health Organization; 2004. [Texto completo](#)
- Wright D, Safranek S. Treatment of otitis media with perforated tympanic membrane. Am Fam Physician. 2009;15;79(8):650-4. PubMed [PMID: 19405408](#)

Más en la red

- Cholesteatoma. Otologytextbook. Disponible en: <http://otologytextbook.net/cholesteatomaP.htm>
- Ely JW, Hansen MR, Clark EC. Diagnosis of ear pain. Am Fam Physician. 2008;77(5):621-8. PubMed [PMID: 18350760](#). [Texto completo](#)
- Finnikin S, Mitchell-Innes A. Recurrent otalgia in adults. BMJ. 2016 Sep 15;354:i3917. PubMed [PMID: 27634545](#)
- Harrison E, Cronin M. Otolgia. Aust Fam Physician. 2016 Jul;45(7):493-7. PubMed [PMID: 27610432](#)
- López Azanza C, Sánchez Herrero C, Vallejo Valdezate LA. Otitis media crónica colesteatomatosa. Colesteatoma congénito y primario. Sociedad Española de Otorrinolaringología. Libro virtual de formación en ORL. [Texto completo](#)
- Morris P, Clinical evidence handbook. Chronic suppurative otitis media. American Family Physician. 2013;88(10):694-6. [Texto completo](#)

Autores

- Jesús Herranz Larrañeta Médico Residente de ORL (1)
Médico Especialista en Cuidados Intensivos
- Joseba Herranz Larrañeta Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Jesús Herranz González-Botas Médico Especialista en ORL (3)

(1) Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Hospital Arquitecto Marcide. Servizo Galego de Saúde. Ferrol. España.
(3) Jefe de sección de ORL. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
Profesor Asociado de Ciencias de la Salud. Universidad de Santiago de Compostela.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

