

Tapón de cerumen

Fecha de la última revisión: **27/12/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus manifestaciones?](#)
3. [¿Cuál es su manejo?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La cera del conducto auditivo externo (CAE) es una sustancia con funciones de limpieza, lubricación y de protección tanto de la piel del conducto como del oído medio. Está formada por secreciones de las glándulas sebáceas y ceruminosas, algunos gérmenes que constituyen parte de la flora habitual, células epiteliales del estrato corneo desprendidas de la piel del conducto y de los vellos localizados en esta zona, en proporciones que pueden variar entre razas. Normalmente existe un mecanismo fisiológico de autoexpulsión de la cera por la migración lateral del epitelio del CAE hacia el exterior y favorecido por los movimientos de la mandíbula (Guest JF, 2004).

Cuando se alteran los mecanismos de eliminación natural de la cera, ésta puede acumularse y ocluir completamente el CAE formando un tapón, que a su vez puede ser sintomático o tratarse de un hallazgo casual en una exploración del oído.

Los tapones de cera, afectan al 2-6% de los adultos y aunque puede ser una de las causas más frecuentes de patología del área ORL atendidas en atención primaria (AP), no siempre son motivo de consulta. Es más frecuente en niños, ancianos (puede alcanzar hasta al 57% de los ingresados en residencias) y personas con retraso mental. Otros factores favorecedores porque dificultan la salida normal de la cera por el CAE son: el uso de bastoncillos para limpiar los oídos, el exceso de vello en la piel del conducto, las deformidades o variaciones anatómicas del CAE (exóstosis, estenosis del canal, osteomas) y el uso de audífonos (McCarter DF, 2007; Sugiura S, 2014; Guest JF, 2004).

¿Cuáles son sus manifestaciones?

La clínica del tapón de cera puede ser muy variada, incluye picor, dolor, sensación de pérdida de audición o de taponamiento, acúfeno, mareo o incluso tos por la irritación de la rama auricular del vago que inerva el CAE (McCarter DF, 2007). La pérdida de audición puede variar en función del grado de obstrucción del conducto (Roland PS, 2008).

Se diagnostica por la visualización directa del CAE con el otoscopio. Aunque no se recomienda realizar la búsqueda activa de tapones de cera en la población general asintomática, está indicado explorar el oído a los ancianos que van a ser institucionalizados, a personas con retraso mental, así como a los pacientes que consulten por cualquier síntoma de los mencionados (McCarter DF, 2007).

¿Cuál es su manejo?

No está indicado realizar la extracción de los tapones de cera a todos los pacientes diagnosticados. En general se recomienda realizarla en (Roland PS, 2008; McCarter DF, 2007):

- **Población asintomática:**
 - Cuando los tapones puedan incrementar el nivel de hipoacusia o el deterioro cognitivo (niños pequeños, personas con retraso mental y ancianos).
 - Cuando impida realizar una exploración completa de la membrana timpánica y del oído medio (sospecha de otitis media aguda, portadores de drenajes, sospecha de perforación timpánica o antecedente de cirugía).
 - Antes de realizar pruebas audiológicas o vestibulares en las que la presencia del tapón de cera pueda alterar los resultados (audiometría, emisiones otoacústicas, impedanciometría: reflejo estapedial y timpanograma, prueba calórica, etc.).
 - En la revisión periódica de las personas portadoras de audífonos. La presencia de tapones de cera dificulta tanto la correcta adaptación del aparato en el CAE como una adecuada transmisión del sonido.
- **Pacientes con síntomas:**
 - Cuando éstos son atribuibles al exceso de cera en el CAE, con el objetivo de aliviarles los síntomas.

Existen varios métodos disponibles que van desde el tratamiento conservador con vigilancia, sustancias ablandadoras de la cera (cerumenolíticas), irrigación y extracción manual. Existen pocos estudios de calidad de los que puedan extraerse evidencias suficientes a favor de la superioridad de alguno de ellos (Clegg AJ, 2010; Browning G, 2008).

En la anamnesis deben tenerse en cuenta la presencia de factores que pueden modificar las indicaciones y el procedimiento a utilizar como son: antecedentes de diabetes, inmunodepresión, perforación timpánica, tratamiento anticoagulante o la presencia de variantes anatómicas del CAE. Con frecuencia la elección dependerá de estos factores, de la experiencia de los profesionales y de los recursos disponibles en la consulta. Es importante verificar la completa extracción del tapón y en ocasiones es necesario combinar varios de los métodos mencionados para una extracción completa (Roland PS, 2008).

Observación:

Se recomienda mantener una actitud expectante en personas asintomáticas con cera en los CAES que no lo obstruyen de forma completa que impida una adecuada exploración. Es importante en estos casos proporcionar una adecuada información al paciente para que entienda que no es necesaria la extracción de la cera.

Sustancias ablandadoras de cera (cerumenolíticos):

Son sustancias con capacidad para ablandar o lubricar la cera lo suficiente como para evitar otros procedimientos como la irrigación o la extracción manual, aunque a veces también se combinan con alguno de ellos. Incluyen desde el agua (con capacidad para ablandar la cera), el aceite (con efecto lubricante) o diferentes tipos de gotas o espráis óticos, que a su vez pueden contener agua o aceites en su composición u otros productos con estas mismas capacidades (bicarbonato sódico, agua oxigenada, hidróxido potásico, agua con sal). Estas sustancias han demostrado su eficacia frente a la no intervención para ablandar la cera y evitar otros procedimientos. Sin embargo, los estudios comparativos entre ellas son muy heterogéneos y dificultan la extrapolación de resultados para establecer recomendaciones con fuerza (Burton MJ, 2009).

Los efectos secundarios más frecuentes son: sensación de taponamiento y pérdida de audición transitoria, irritación de la piel del conducto y mareo.

Están contraindicadas en personas con antecedentes de cirugía previa de oído incluida la colocación de drenajes o con perforación timpánica (alguno de los compuestos de las gotas pueden ser ototóxicos) (McCarter DF, 2007).

Irrigación:

Puede llevarse a cabo con agua templada del grifo a presión con una jeringuilla, método más empleado en las consultas de AP, o con irrigadores específicos del oído con mecanismos que controlan la presión del agua. Este último procedimiento ha sido probado con éxito en la población pediátrica con mínimos efectos secundarios (Propst EJ, 20012).

La irrigación puede usarse como método aislado o precedido de la instilación de gotas ablandadoras en el CAE. En el primer caso puede ser efectivo en el 70% de los casos. Sus efectos adversos más frecuentes son el dolor, acúfeno, vértigo, erosiones en la piel del conducto con hemorragia, otitis externa y en algunos casos perforación del tímpano. Algunos estudios han observado una pequeña incidencia de complicaciones graves en el 1/1000 de los pacientes irrigados (vértigo, hipoacusia brusca grave, perforación permanente o síncope). Si tras la extracción el paciente refiere dolor, puede recomendarse la administración de unas gotas de aceite de oliva instiladas en el CAE durante unos días (McCarter DF, 2007; Roland PS, 2008).

Algunos autores han observado que en diabéticos o en inmunodeprimidos la irrigación con agua del grifo puede ser un factor favorecedor de infecciones como la otitis externa maligna. Por ello en base a su experiencia recomiendan realizarla con especial cuidado en estos pacientes para evitar heridas en el CAE, utilizar agua oxigenada o diluida al 50% con ácido acético como alternativa al agua de grifo, o si se usa ésta, tras la extracción acidificar el conducto con gotas de ácido acético (fórmula magistral de ácido acético al 2% en frasco gotero) y establecer una vigilancia más estrecha para detectar posibles síntomas relacionados. También se recomienda en las personas anticoaguladas realizar una irrigación más cuidadosa para evitar sangrados y posibles hematomas.

Este método está contraindicado si hay antecedente de cirugía previa de oído o de perforación timpánica. Tampoco se recomienda en pacientes con alteraciones o variantes anatómicas del CAE en los que puede quedar agua retenida tras la irrigación y favorecer infecciones (Roland PS, 2008).

Combinación de ablandadores de cera e irrigación:

Existe algún estudio que ha observado mejores resultados en la extracción del tapón si antes de la irrigación se instilan gotas ablandadoras en el oído. Sin embargo, la evidencia es limitada y no se ha podido demostrar la superioridad de alguna de ellas para recomendarlas antes del procedimiento (Roland PS, 2008). Tampoco existen estudios comparativos entre usarlos el mismo día o durante unos días previos en el domicilio (Browning G, 2008). Solo en uno se ha observado que no hay diferencias entre ponerlas de 15 a 30 minutos antes de la irrigación a durante los días que la preceden (Hand C, 2004).

Extracción manual:

Es el método más utilizado en las consultas de ORL y requiere de material específico (curetas, cucharillas, fórceps o succión) y de cierta habilidad para llevarla a cabo. Tampoco existen estudios comparativos entre los diferentes materiales utilizados para establecer la superioridad y seguridad entre ellos (Browning G, 2008). Es el procedimiento de elección en personas con antecedente de perforación timpánica o cuando están contraindicados otros métodos (Roland PS, 2008).

Los efectos adversos más frecuentes son traumatismos del CAE que pueden causar dolor o sangrado. Más raros la perforación timpánica y las infecciones, en este caso porque se evita la humedad de los otros procedimientos (McCarter DF, 2007; Guidi JL, 2014).

Cirugía del CAE:

En algunos pacientes con alteraciones anatómicas del CAE puede ser necesaria la meatoplastia quirúrgica para prevenir la frecuencia de tapones y otras complicaciones en el conducto (Guest JF, 2004).

Debido a la literatura disponible y la escasez de estudios de calidad, la mayoría de las decisiones de manejo de los tapones de cera se basan en la experiencia clínica. Algunos autores proponen la irrigación inicial si el aspecto del tapón del CAE es blando. Si este primer procedimiento fracasa o el aspecto de la cera es más seca, dura y adherida, se recomienda la administración de gotas ablandadoras (incluida el agua con sal) y dejarlas en el CAE durante 15-30 minutos tras los que se procederá a la irrigación. Si con ello no se consigue la extracción completa, puede intentarse de nuevo tras la administración de gotas cerumenolíticas unos días en el domicilio (McCarter DF, 2007).

Se recomienda derivar al especialista de ORL:

- Cuando el dolor persista a pesar de las medidas antiálgicas recomendadas tras la extracción.
- Si tras la irrigación hemos provocado un vértigo periférico en el paciente (descartar fistula perilinfática o perforación de la ventana oval).
- Pacientes con alteraciones anatómicas del CAE (estenosis, osteomas, exóstosis).
- Antecedentes de cirugía de oído.
- Antecedentes de radioterapia.
- Antecedentes de perforación timpánica.

Aunque no existen estudios disponibles, no suele recomendarse la extracción de la cera con los irrigadores dentales, bastoncillos de oídos o utensilios metálicos como las horquillas. Tampoco están recomendadas ni aprobadas por la FDA las velas de oído. A las personas que con frecuencia presentan tapones sintomáticos y en base a la experiencia clínica, pueden recomendarse medidas de autocuidado como son lavarse los pabellones y la zona más externa del CAE con un paño limpio, la instilación periódica de gotas de aceite de oliva o la irrigación del CAE con irrigadores de oído y solo en algunos casos, las gotas ablandadoras (Roland PS, 2008; McCarter DF, 2007).

Bibliografía

- Browning GG. Ear wax. Clin Evid (Online). 2008;2008. pii: 0504. PubMed **PMID: 19450340. Texto completo**
- Burton MJ, Doree C. Gotas óticas para la eliminación del cerumen (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD004326. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). **Texto completo**
- Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J, et al. The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2010;14(28):1-192. PubMed **PMID: 20546687. Texto completo**
- Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, Smith AF. Impacted cerumen: composition, production, epidemiology and management. QJM. 2004;97(8):477-88. PubMed **PMID: 15256605. Texto completo**
- Guidi JL, Wetmore RF, Sobol SE. Risk of otitis externa following manual cerumen removal. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2014;123(7):482-4. PubMed **PMID: 24690982**
- Hand C, Harvey I. The effectiveness of topical preparations for the treatment of earwax: a systematic review. Br J Gen Pract. 2004;54(508):862-7. PubMed **PMID: 15527615. Texto completo**
- McCarter DF, Courtney AU, Pollart SM. Cerumen impaction. Am Fam Physician. 2007;75(10):1523-8. PubMed **PMID: 17555144. Texto completo**
- Propst EJ, George T, Janjua A, James A, Campisi P, Forte V. Removal of impacted cerumen in children using an aural irrigation system. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76(12):1840-3. PubMed **PMID: 23040963**
- Roland PS, Smith TL, Schwartz SR, Rosenfeld RM, Ballachanda B, Earll JM, et al. Clinical practice guideline: cerumen impaction. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;139(3 Suppl 2):S1-S21. PubMed **PMID: 18707628. Texto completo**
- Sugiura S, Yasue M, Sakurai T, Sumigaki C, Uchida Y, Nakashima T, et al. Effect of cerumen impaction on hearing and cognitive functions in Japanese older adults with cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int. 2014;14 Suppl 2:56-61. PubMed **PMID: 24650066. Texto completo**

Más en la red

- Loveman E, Gospodarevskaya E, Clegg A, Bryant J, Harris P, Bird A, Scott DA, Davidson P, Little P, Coppin R. Ear wax removal interventions: a systematic review and economic evaluation. Br J Gen Pract. 2011 Oct;61(591):e680-3. PubMed **PMID: 22152851**
- Saxby C, Williams R, Hickey S. Finding the most effective cerumenolytic. J Laryngol Otol. 2013 Nov;127(11):1067-70. PubMed **PMID: 24148313**

Autores

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en ORL (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Lugo. Servizo Galego de Saúde. España.
(2) Hospital Universitario Lucus Augusti. Servizo Galego de Saúde. Lugo, España.

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](#) |

