

Manual de Otoscopia Pediatrica

Dr. Josep Maeso
Servicio O.R.L.
Hospital Municipal de Badalona
Barcelona

www.FormacionSanitaria.com

Índice

Prólogo	3
Otoscopia Normal	5
Otitis Externa	11
Cuerpos Extraños.....	16
Otitis Media Aguda	21
Otitis Serosa	28
Otitis Media Crónica	37
Traumatismos	42
Oído Quirúrgico	46

Prólogo

Prólogo

Cuando editamos el primer manual de otoscopia, llamábamos la atención sobre la dificultad de interpretación de ciertos aspectos timpánicos relacionados con algunos estados patológicos. Esto será de mayor importancia en la infancia, por varios motivos. El primero es de índole puramente personal, y está en relación con nuestra capacidad de generar la confianza suficiente en el niño al que vamos a explorar, para que nos deje tiempo para poder interpretar las imágenes que veamos. El segundo está en relación con la modificación que generen ciertas patologías, ocasionalmente tan leve como difícil de detectar como alteración de la normalidad. Veremos, y en ello insistiremos en gran medida, como podemos dar por normales oídos que están lejos de serlo, y errar un diagnóstico si no atendemos a otros signos relevantes distintos de la pura imagen.

Factores a tener en cuenta en la exploración otoscópica de un niño:

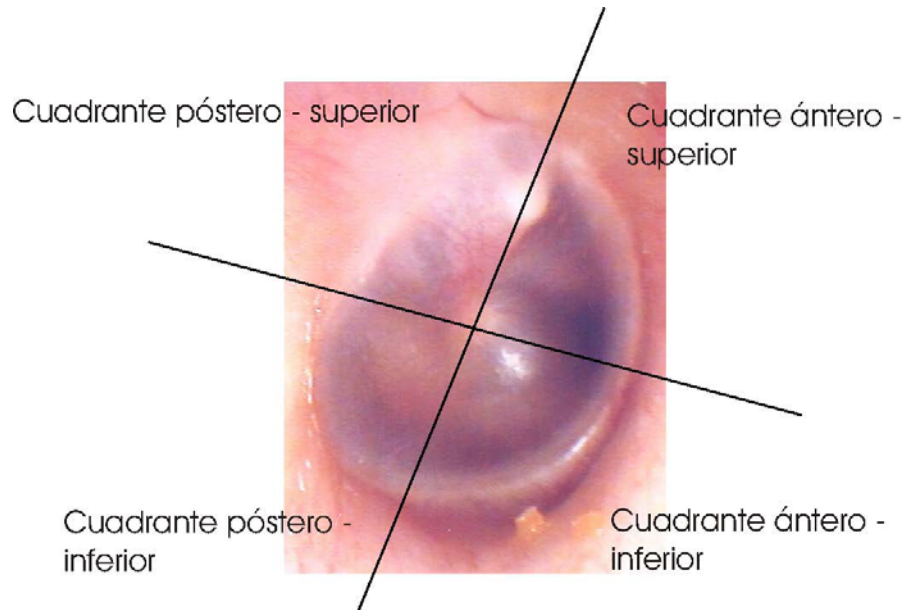
- La **longitud** del CAE de un niño es mucho menor que en un adulto
- El **diámetro** es de 2,5 mm en comparación a los 4,5 mm de un adulto, lo que supone la necesidad de disponer de espéculos de diámetro adecuado.
- El **ángulo** con el tímpano es tanto más abierto cuanto menor es el niño.
- El **trayecto** del conducto hace que debamos explorar de una forma diferente. En un niño traccionaremos el pabellón hacia abajo y atrás (en un adulto lo haríamos hacia arriba y atrás).

Otoscopia Normal

Otoscopia Normal

Para localizar las descripciones de las distintas alteraciones podemos dividir la membrana timpánica en cuatro cuadrantes con dos líneas:

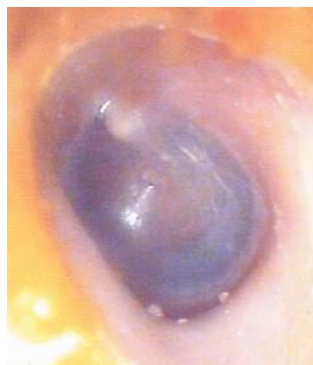
- Una primera línea vertical a lo largo del mango de martillo. Divide la membrana en una parte anterior y otra posterior.
- Otra línea perpendicular que pasa a nivel del ombligo del martillo. Divide la membrana en una zona superior y otra inferior.



En la imagen otoscópica normal, el tímpano ofrece una impresión de 'vidrio esmerilado', como la ofrecería en el adulto.

Da la sensación de que por transparencia podemos ver estructuras de la caja próximas a la membrana, si bien esta imagen no es clara.

Ahora bien, con relativa frecuencia, en niños muy pequeños la membrana timpánica puede ofrecer un aspecto 'edematoso' algo más opaco, sin que ello suponga ninguna patología, en ausencia de signos clínicos.



Otoscopia normal

Niño varón de 7 años

Observamos restos mínimos de arena en la pared inferior del CAE, sin consecuencias.

Al realizar una otoscopia en niños debemos intentar valorar tres parámetros fundamentales:

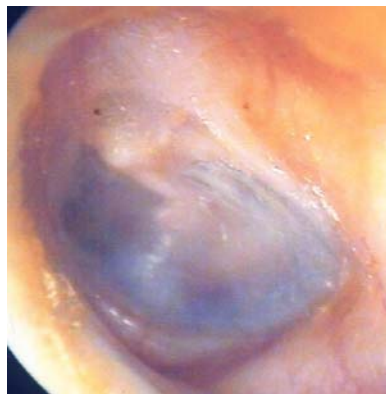
- **Apariencia**(transparencia, opacidad, color, eritema, esclerosis, atrofia)
- **Posición** (abombamiento, retracción)
- **Movilidad**

Apariencia



Niña de 8 años

Observamos la transparencia de la membrana que permite adivinar la articulación entre la rama larga del yunque y la cabeza del estribo.



Otoscopia normal, Niño de 3 años

La membrana puede ofrecernos dudas sobre su transparencia.

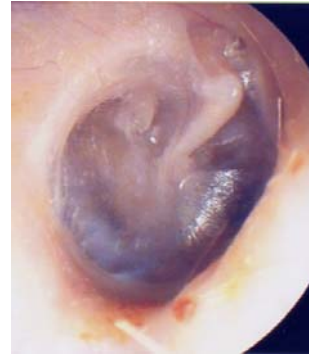
Puede apreciarse que el ángulo con el CAE es más agudo que en niños mayores o que en el adulto.

La alteración de la membrana timpánica puede variar hacia un aumento de opacidad o hacia un aumento de transparencia.

Un aumento de transparencia debe hacernos pensar en un proceso de atrofia timpánica. Esta puede asociarse a antecedentes de patología o, en algunos casos, no tener una causa aparente.



Oído Izquierdo



Oído Derecho

Imágenes correspondientes a los dos oídos de un varón de 17 años, sin ningún antecedente otológico previo. Se observa un adelgazamiento generalizado de toda la membrana timpánica.

Una disminución de la transparencia timpánica debe hacernos pensar en la presencia de alguna patología en el interior de la caja timpánica.

Un proceso tan importante y frecuente en la población pediátrica como son las otitis medias serosas pueden traducirse exclusivamente en un aumento de la opacidad de la membrana, sin que el paciente aqueje ninguna clínica.

Igualmente, y como ya hemos mencionado, en niños muy pequeños la membrana puede ser más opaca, sin que ello implique patología.

Por lo tanto, será fundamental orientarnos a través de la historia clínica ante cualquier duda.

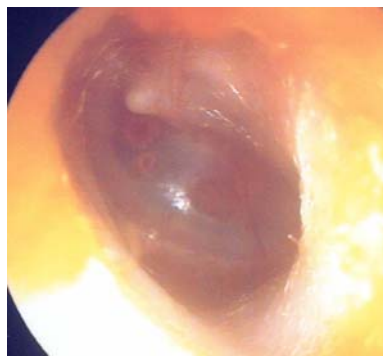


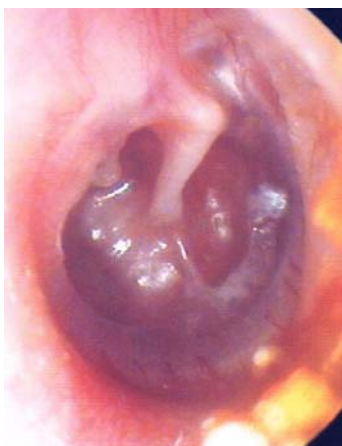
Imagen timpánica discretamente amarillenta. Muy poco distinta de la otoscopia normal. Antecedente de proceso catarral de vías altas, sin otalgia, en paciente de 5 años de edad: otitis serosa

Posición

La membrana timpánica ofrece una imagen regular con una umbilicación central, que corresponde al extremo del mango del martillo.

La membrana debe ofrecer un aspecto regular.

La presencia de superficies en distintos planos, imágenes con apariencia de bordes, áreas sobresalientes o abombamientos deben hacernos sospechar la presencia de patología.



Niño de 7 años.

Imagen de retracciones posterior y anterior, secundarias a un problema crónico de ventilación de caja timpánica no resuelto.



Varón de 17 años, ya hemos comentado la ausencia de antecedentes.

La atrofia de membrana se asocia en este caso con un abombamiento debido a la propia debilidad de la membrana, sin que por ello exista ninguna patología activa.



Varón de 3 años.

En otros casos el abombamiento se acompaña de signos inflamatorios claros, como en este caso de otitis media aguda.

Se observa un enrojecimiento importante, y una opacidad completa de la membrana

Otitis Externas

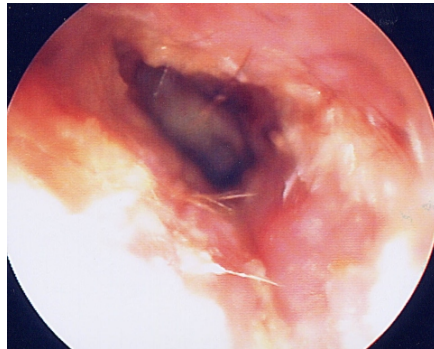
Otitis Externas

Las OTITIS EXTERNAS son las infecciones más frecuentes del oído en época estival.

Al igual que en el adulto, se presentan de forma aguda, y con molestias más o menos severas dependiendo de su etiología.

En los casos de infecciones bacterianas, son procesos muy dolorosos, agudos, con muy poca supuración. La pérdida auditiva secundaria al proceso inflamatorio no suele llamar la atención hasta que no hemos controlado la fase aguda y ha remitido el dolor.

El tratamiento más adecuado son las combinaciones de antibiótico y antiinflamatorio en gotas locales, asociado a un tratamiento analgésico adecuado. Solamente en casos especialmente severos se recomienda la asociación con antibióticos locales.



Niño de 6 años.

Otitis externa difusa tras entrada de agua. Edema y eritema de toda la piel del conducto. Secreción muy escasa.



Niño de 3 años.

Otitis externa difusa. Además de la secreción en CAE, se observa el edema y friabilidad de la piel del conducto.

Las OTITIS EXTERNAS micóticas son menos frecuentes.

Se presentan habitualmente de forma insidiosa, con molestias con frecuencia indefinidas (prurito, taponamiento,...), que pueden agudizarse en caso de sobreinfección bacteriana.

En niños puede aparecer tras una otitis media supurada prolongada, de forma secundaria, como consecuencia de la maceración de la piel de la pared del conducto auditivo. La otorrea es muy escasa, y puede pasar desapercibida durante tiempo en niños pequeños, ya que no saben llamarnos la atención ante molestias relativamente leves.

Cuando se evidencia una infección por hongos debe procederse a un tratamiento específico. Teniendo presente que las infecciones por hongos afectan a la capa querática en profundidad, deberemos asociar un tratamiento antimicótico sistémico al tratamiento local.



Niño de 2 años de edad.

Episodio previo de otitis media supurada derecha 2 meses antes, con remisión clínica aparente completa.

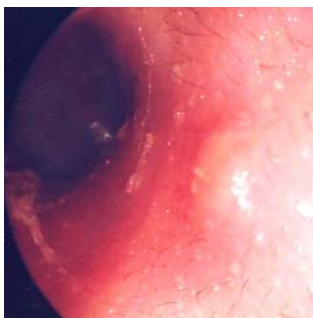
Consulta por otorrea mínima derecha persistente, sin otra clínica aparente.

El FORUNCULO DE CONDUCTO AUDITIVO es una forma localizada de otitis externa, que afecta a un folículo piloso.

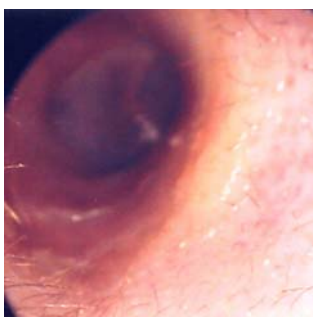
Se presenta en forma de una otalgia intensa, en ausencia de supuración.

La exploración por otoscopia suele ser muy dolorosa, con una localización puntual de dolor más intenso localizado en el punto de la infección.

En estos casos se recomienda un tratamiento antibiótico oral, asociando si es posible el drenaje de la lesión.



Paciente varón de 13 años, con clínica de otalgia intensa de horas de evolución. Se observa forúnculo de pared posterior.



Mismo caso, después de 7 días de tratamiento con antibióticos sistémicos y locales.

Una patología también frecuente es el eczema de conducto auditivo.

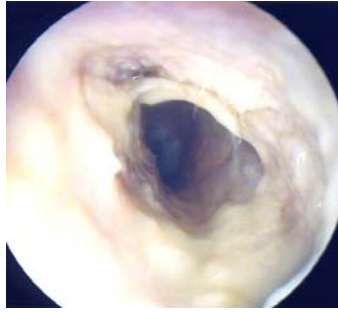
Clínicamente se presenta en forma de prurito constante, asociando en muchos casos descamación local.

Su importancia radica, además de en las molestias que provoca, en la lesión de la capa epidérmica de la piel del conducto, favorecida por las maniobras de rascado del propio paciente, que supone una puerta de entrada para sobreinfecciones de repetición.



Paciente de 16 años.

Aspecto de concha de CAE eritematosa y descamativa, con áreas de clara erosión cutánea.



Misma paciente.

Aspecto erosivo y descamativo de la piel de CAE.

Clínicamente sólo presenta prurito, sin otalgia ni otorrea.