

Otitis Media Crónica

Otitis Media Crónica

Cuando un proceso infeccioso - inflamatorio empieza a prolongarse sin ser resuelto, puede desencadenar cambios estructurales definitivos en el oído. Evidentemente, estos van a traducirse por lo general en una pérdida funcional auditiva de mayor o menor grado.

Por otra parte, los cambios crónicos del oído pueden provocar lesiones progresivas con consecuencias más graves que la sola pérdida auditiva.

En la actualidad, con los medios diagnósticos y de tratamiento de los que se dispone, este tipo de afectaciones deberían ser excepcionales.

En muchos casos, llegados a estos extremos, será fundamental intentar corregir, si se evidencia y es posible, la causa de la alteración. Si no es así, se deberán realizar todas las medidas necesarias para intentar evitar una progresión de las lesiones.

Niño de 7 años.

Antecedente de otitis medias agudas de los 3 a los 5 años. Posteriormente no ha vuelto a presentar otalgias. Consulta por sensación familiar de hipoacusia



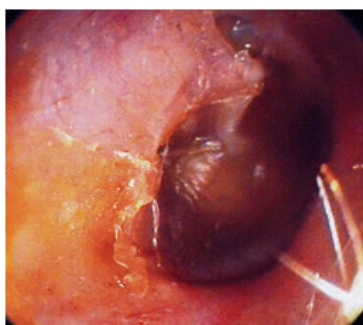
Oído izquierdo: retracción posterior con adherencias a articulación incudo-estapedial



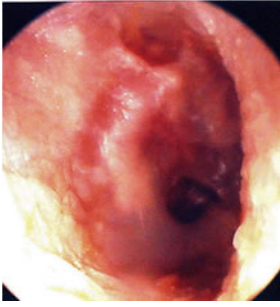
Oído derecho: retracciones posterior y anterior.

Niña de 6 años.

Antecedente de otitis medias. Tratada con dosis bajas de antibiótico de mantenimiento desde hace 2 años.



*Retracción posterior con imagen de moco seco en pared posterior de conducto, indicativa de otorrea reciente.
Retracción de Membrana de Schrapnell*



Niña de 14 años.

Clínica de dificultad respiratoria nasal crónica desde 1ª infancia. La familia no recuerda episodios agudos de oído.

Consulta por sensación subjetiva de oír “menos que sus compañeros de clase”.

Opacidad timpánica global, retracción de la Membrana de Schrapnell y retracción central timpánica.

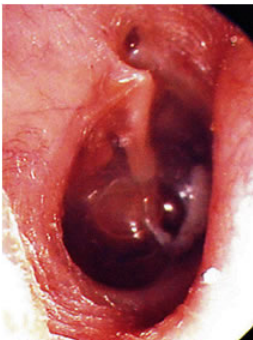


Niño de 7 años.

Otitis medias agudas supuradas de repetición en primera infancia, con perforación timpánica residual conocida.

Presenta episodios de otorrea coincidentes con cuadros catarrales de vías altas.

Se aprecia vía de moco seco sobre la membrana timpánica, migrando hacia la pared posterior de conducto.



Niño de 8 años.

Otitis serosa de larga evolución.

Retracción cicatricial de Membrana de Schrapnell.

Retracción posterior y central con área adherida al fondo de la caja timpánica.

Antecedentes de colocación de drenajes en tres ocasiones, se encontraba aparentemente asintomático desde hacia más de un año.

Estos oídos pueden estar asintomáticos durante años o, por el contrario, presentar agudizaciones frecuentes.

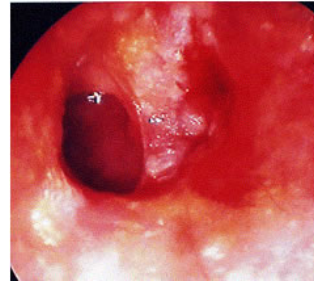
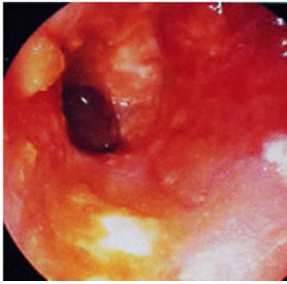
El tratamiento, en casos asintomáticos, se basa en medidas de protección general: evitar la entrada de agua y mantener una correcta higiene del conducto auditivo que permita una buena ventilación, evitando las limpiezas por irrigación.

En caso de sobreinfección puede ser necesario un tratamiento antibiótico-antiinflamatorio.

En caso de sospecha de disfunción tubárica persistente (episodios de agudización relacionados con procesos catarrales), puede aconsejarse la asociación con antihistamínicos y mucolíticos.

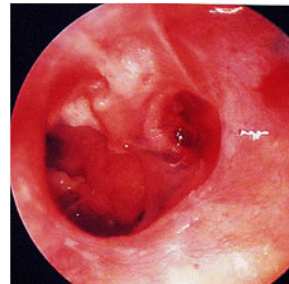
Niña de 17 años.

Antecedentes de otitis medias de repetición desde primera infancia.



Episodios de descargas de otorrea intermitentes coincidentes con cuadros catarrales de vías altas o con entrada de agua en oído. Acude por episodio de otorrea. Además de la perforación anterior y el edema de mucosa de caja timpánica, al proceder a la limpieza se extirpa lesión polipoide posterior que oculta una retracción. El resto de membrana timpánica es esclerótica.

La misma paciente acude por otro cuadro de otorrea mucosa al cabo de 3 años, ya con 20 años de edad.



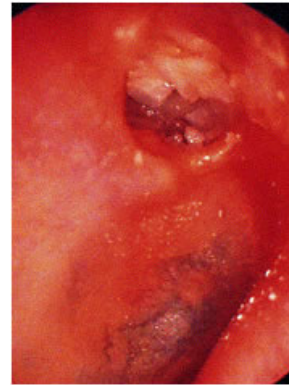
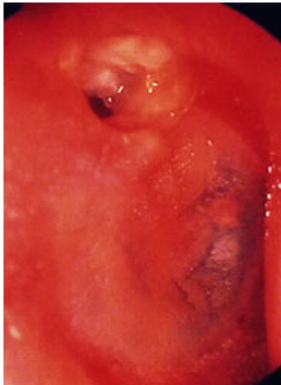
Su perforación ha crecido, presenta una lisis parcial del mango del martillo, y vuelve a presentar una lesión polipoide posterior. Al limpiarla observamos que la retracción posterior no ha progresado.

La presencia de un pólipo visible en el conducto auditivo deberá hacer siempre sospechar la presencia de otra forma de otitis media crónica que deberá descartarse: el COLESTEATOMA.

La OTITIS MEDIA CRONICA COLESTEATOMATOSA es una variante de los procesos crónicos del oído medio. En estos casos hallamos un acúmulo de material queratínico, el COLETEATOMA, en el oído medio encerrado en una cavidad más o menos cerrada. Este material es un foco de infecciones de repetición así como una lesión progresivamente erosiva de las estructuras de la caja timpánica y de mastoides, con la posibilidad de causar graves complicaciones. La causa más frecuente de aparición de colesteatomas son las otitis medias prolongadas, que causan primero retracciones que pueden invaginarse hacia la caja formando un saco epidérmico cerrado que va descamando. Este proceso genera una perla de queratina que erosiona las estructuras que la rodean por crecimiento, pudiendo, en su progresión, producir una perforación y drenar al exterior, o una lesión erosiva cerrada.

Varón de 23 años.

Otorreas de repetición desde los 14 años. Episodios previos de otitis medias agudas desde la infancia. Consulta por nuevo episodio, e hipoacusia de larga evolución.



A la exploración presentaba una perforación atical por la que se observa la presencia de restos de queratina dentro de la caja timpánica.

En niños puede presentarse una forma más rara de colesteatoma, el **COLESTEATOMA CONGÉNITO**, que puede aparecer como una pérdida auditiva aislada, sin episodios ni antecedentes de supuración.

El tratamiento fundamental de la otitis media crónica colesteatomatosa será la limpieza quirúrgica, seguida de la reparación que sea posible de las estructuras auditivas.

El tratamiento médico debe procurar mantener estos oídos lo más secos posible.

En caso de sobreinfección se tratará con antibióticos orales y tópicos, asociados a antiinflamatorios. En casos tratados, sin procesos activos, generalmente se recomiendan tratamientos secantes (p.ej. El Alcohol boricado).

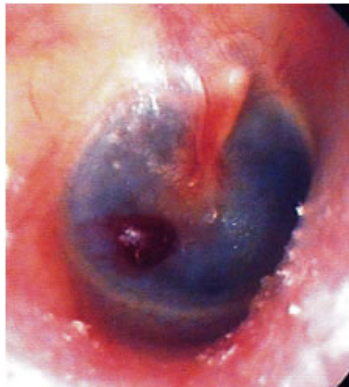
Traumatismos

Traumatismos

Los traumatismos que veremos con mayor frecuencia en la infancia van a ser aquellos derivados de accidentes fortuitos durante sus juegos habituales. Sin embargo, debemos siempre recordar, por su importancia social y legal, la posibilidad de lesiones por malos tratos.

Ocasionalmente la causa estará clara por otras lesiones, y aquellas que van a afectar al oído pueden pasar desapercibidas en el contexto de otras más visibles externamente.

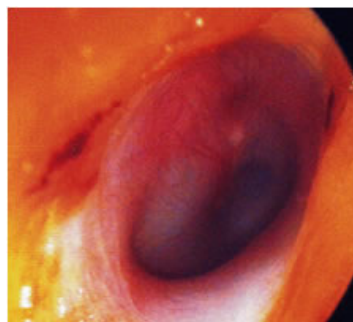
Debemos pensar, por ejemplo, que una causa frecuente de perforación timpánica aguda es una bofetada con la mano plana sobre el pabellón auditivo. Habitualmente los traumatismos de oído suelen tener una causa clara, y clínicamente cursarán con dolor e hipoacusia variable, dependiendo de la severidad de las lesiones.



Niño de 14 años.

Consulta por dolor después de notar la entrada de una pequeña rama de arbusto en el oído al intentar recuperar un balón durante una excursión.

Se observa claramente un hematoma pósterio - inferior timpánico. Se resolvió espontáneamente, requiriendo únicamente tratamiento analgésico.

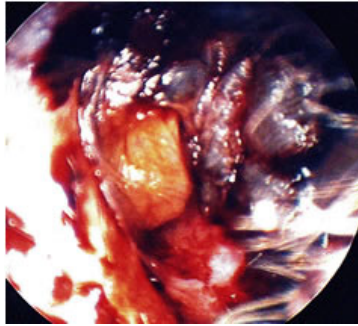


Niña de 4 años.

Ocasionalmente maniobras aparentemente inocuas pueden provocar lesiones. La paciente presentaba hipoacusia por otitis media serosa, iniciando dolor después de un intento de limpieza con bastoncillos por parte de la madre, que consulta asustada por aparición de restos hemáticos en el algodón. Se objetiva una erosión en la pared posterior de conducto auditivo.

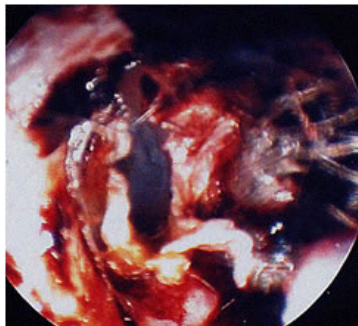
Con frecuencia los traumatismos de oído pueden acompañarse de una otorragia variable. Esta no siempre implica una lesión de la membrana timpánica. La piel del conducto auditivo externo está muy bien irrigada, por lo que erosiones de la misma pueden provocar un sangrado proporcionalmente importante.

Cuando se objetiva una herida en la piel del conducto, es aconsejable, además del tratamiento analgésico, un tratamiento antibiótico local para evitar la sobreinfección de las heridas mientras estas cicatrizan.

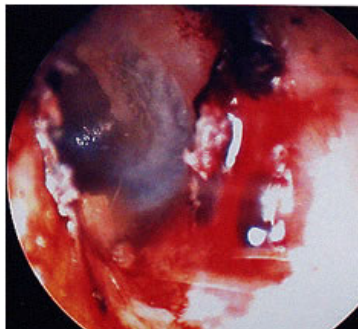


Niño de 9 años.

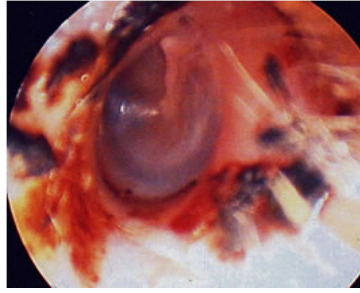
Consulta de urgencia acompañado de personal de su escuela. Ha recibido un balonazo en el oído, seguido de otorragia, hipoacusia severa, acúfenos e inestabilidad. La exploración inicial presenta una ocupación completa de conducto por lo que parece un coágulo.



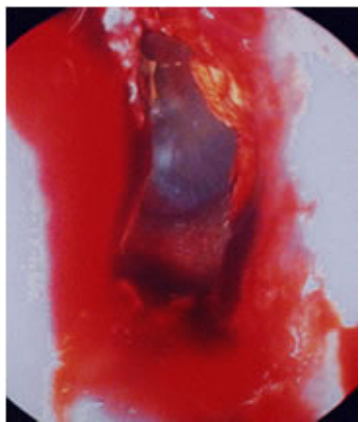
Se inicia una limpieza por aspiración bajo control endoscópico. Se evidencia un despegamiento de la piel del conducto que se ha invaginado hacia el fondo del conducto. Al fondo aparece la membrana timpánica.



Al finalizar la limpieza se observa que la membrana timpánica está íntegra. Existen una erosión extensa de la piel del conducto auditivo.



Al cabo de una semana de tratamiento local se observan restos de costras en el conducto. Las lesiones han cicatrizado. La membrana timpánica es normal. Se realizó control audiométrico, que no presentó ninguna alteración.



Niño de 12 años.

En este caso la causa de la lesión fue la misma: un balonazo. La erosión del conducto es muy extensa ya que se trata de un niño afecto de hipoacusia perceptiva portador de prótesis auditiva, que incrementó el área de erosión. Ni la membrana timpánica ni la prótesis sufrieron daños a pesar de lo aparatoso de la exploración.

Oído Quirúrgico

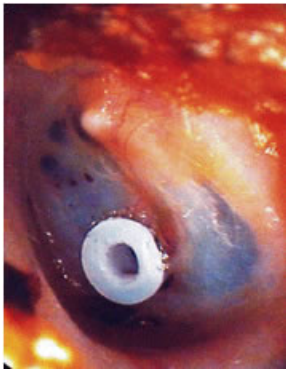
Oído Quirúrgico

Existen cambios en la imagen otoscópica derivados de actuaciones quirúrgicas. Estos cambios no van a suponer una patología en sí mismos, siendo importante valorar los antecedentes del paciente para saber interpretarlos.

En niños la actuación quirúrgica más frecuente va a ser la colocación de drenajes transtimpánicos para la corrección de los problemas de ventilación del oído medio.

Estos pueden ser de distintas formas i tamaños. Los más habituales como ya hemos visto son los de tipo 'diábolo', en diferentes materiales.

Los drenajes en T son más infrecuentes y solamente se utilizan en casos en los que el oído medio requiere un tiempo de ventilación muy prolongado.



DTT de teflon colocado 5 días antes, con restos hemáticos en CAE.



DTT teflon en control periódico a los 6 meses de su colocación.

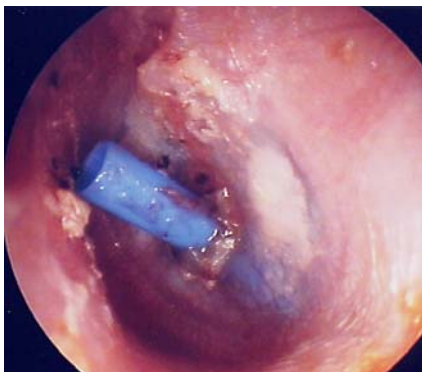


Imagen de DTT en T (Butterfly)

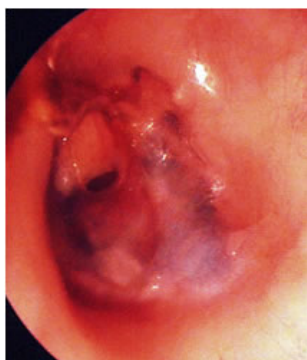
Niña de 7 años de edad.

Antecedentes de otitis medias recidivantes desde primera infancia. Había precisado drenajes en dos ocasiones previas, sin mantener mejoría tras su caída, precisando nuevos drenajes, por lo que se recomendaron permanentes.

En niños no es raro encontrar perforaciones timpánicas.

Estas pueden ser secundarias a otitis medias supuradas prolongadas que hayan mantenido secreción durante un tiempo prolongado. Esta habrá impedido un acercamiento de los márgenes de la perforación, impidiendo un cierre mediato.

En otras ocasiones las perforaciones timpánicas pueden ser secundarias a una caída anómala de un drenaje transtimpánico o a su extracción forzada. Generalmente los drenajes transtimpánicos caerán espontáneamente por el arrastre secundario al crecimiento del epitelio timpánico, siendo extruidos hacia la pared posterior del conducto auditivo, por detrás va a progresar una membrana timpánica cerrada y normal. Si se extraen, se dejará abierto el orificio timpánico que, si bien en la mayoría de casos se cerrará espontáneamente, en un pequeño porcentaje quedará abierto.



Niña de 4 años.

Paciente que presentó una perforación por una otitis media supurada prolongada a los 2 años de edad. Al cabo de un año se le recomendó la colocación de un injerto timpánico. Consulta por persistencia de perforación. Se observa una perforación antero-superior parcialmente cubierta por un injerto. Queda perforación residual.

En niños la actitud ante una perforación timpánica debe ser muy cuidadosa.

En ausencia de complicaciones en forma de sobreinfecciones o pérdida auditiva progresiva, la conducta puede ser expectante. La capacidad de regeneración en la población pediátrica hace que la mayoría de estas perforaciones se cierren por sí solas en un periodo variable, si bien pueden tardar años.

Este hecho, unido a la posibilidad de que el injerto no prenda en una primera intervención, debe aconsejar prudencia al aconsejar una actitud agresiva.