

Otitis externa aguda.

Irene Maté Cano^a, Olga Ordóñez Sáez^b, Ana Romero García^c.

^a Pediatra. Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid.

^b Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

^c Pediatra. Centro de Salud de Pilas, Sevilla.

Fecha de actualización: 07/04/2019
(V.2.0/2019)

Cita sugerida: Maté Cano I, Ordóñez Sáez O, Romero-García A. Otitis externa. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] . Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La otitis externa aguda (OEA), también conocida como otitis del nadador o de las piscinas, es una inflamación difusa del conducto auditivo externo (CAE) que puede extenderse hasta el pabellón auricular o a la membrana timpánica. La infección bacteriana aguda es la causa más común de otitis externa.

La humedad y las alteraciones del epitelio del CAE favorecen que la flora habitual provoque la infección. Los gérmenes más frecuentes son *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. La infección fúngica (otomicosis) es poco frecuente en OEA primaria.

El síntoma principal es la otalgia, que puede ser muy intensa. El dolor se acentúa al traccionar el pabellón auricular o al presionar el trago. Suele ser unilateral, aunque hasta un 10% de los casos son bilaterales. Los casos más graves pueden constituir una verdadera celulitis.

Un 10% de la población la padece en algún momento de su vida, con un pico de incidencia entre los 7 y los 12 años, sin diferencias entre sexos. En países de clima templado, como España, es más frecuente en verano.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se ha revisado el diagnóstico y tratamiento de la otitis externa aguda, actualizándolos según las últimas guías de práctica clínica.

Microorganismos causales ¹		
Agentes	Frecuentes	Menos frecuentes
Bacterias	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Polimicrobianos</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Streptococcus</i> (grupos D y G) Otras bacterias gram-negativas (<i>H. influenzae</i> , <i>Proteus</i> , <i>E. coli</i>) <i>Anaerobios</i>
Hongos ²		<i>Aspergillus</i> <i>Candida</i>

Diagnóstico ³
<p>1. Comienzo rápido (generalmente en 48 horas) en las últimas 3 semanas, Y...</p> <p>2. Síntomas de inflamación del CAE: otalgia (a menudo severa), prurito o sensación de ocupación, CON O SIN pérdida auditiva o dolor con la masticación⁴ Y...</p> <p>3. Signos de inflamación del CAE, que incluyen: dolor al presionar el trago, al traccionar el pabellón auricular o ambos⁵ O edema difuso del canal auditivo, eritema o ambos CON O SIN otorrea⁶, linfadenitis regional, eritema de la membrana timpánica, o celulitis de la piel adyacente⁷.</p>

Clasificación
<p>El espectro de la otitis externa varía de leve a grave, según los síntomas de presentación y el examen físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La OEA leve se caracteriza por molestias menores y prurito. Hay mínimo edema de canal. • La OEA moderada se caracteriza por un grado intermedio de dolor y prurito. El canal está parcialmente ocluido. • La OEA grave se caracteriza por dolor intenso, y el canal está completamente ocluido por edema. Generalmente hay eritema periauricular, linfadenopatía y fiebre.

Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Forúnculo.⁸ • Otitis media aguda.⁹ • Cuerpo extraño en el CAE. • Mastoiditis aguda.¹⁰ • Dermatitis de contacto.¹¹ • Miringitis bullosa. • Herpes zoster ótico. • Celulitis. • Traumatismo.

Factores de riesgo y medidas preventivas	
Factores de riesgo	Medidas preventivas ¹³
<ul style="list-style-type: none"> • Humedad ambiental, natación o sudoración excesiva.¹² • Temperatura ambiental elevada. • Exposición a agua contaminada. • CAE estrecho o largo. • Escasa higiene local o maniobras enérgicas de retirada del cerumen. • Ser portador de prótesis auditivas. • Traumatismos locales: bastoncillos, auriculares, etc. • Enfermedades dermatológicas crónicas: eczema, psoriasis, dermatitis seborreica o acné. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la limpieza enérgica del CAE. • Evitar la humedad del CAE; secar la parte externa de los oídos después de bañarse o ducharse. • Usar tapones o gorro al nadar.¹⁴ • Gotas de ácido acético 2% o alcohol 70^o boricado a saturación tras el baño.¹⁵

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios.	Hemograma, PCR (otitis necrotizante aguda). ¹⁶
Microbiología	Habitualmente no necesarios.	Cultivo (bacterias y hongos) de la secreción el CAE en pacientes que no respondan al tratamiento, casos recurrentes o en casos especiales (inmunodeprimidos, después de cirugía ótica). ¹⁷

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de otitis necrotizante aguda (otitis externa maligna). Sospecha de pericondritis¹⁸ o celulitis secundaria a la otitis externa.

Tratamiento antimicrobiano empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Otitis externa	<ul style="list-style-type: none"> VÍA TÓPICA DE ELECCIÓN.¹⁹ No existen diferencias entre antibióticos (quinolonas o no), antisépticos (alcohol de 70º boricado a saturación o violeta de genciana al 2%) y soluciones acidificantes (Ácido acético 2%) con o sin corticoides asociados.²⁰ Se debe explicar bien a los padres como administrar el tratamiento.²¹ Puede ser necesario colocar una mecha de gasa en CAE para facilitar la acción del tratamiento si existe mucho edema.²² Tratamiento sistémico: asociado al tópico en infecciones con afectación extensa de tejidos blandos y en inmunocomprometidos. Estos pacientes deben derivarse al ORL.²³
En caso de tratarse de un forúnculo en el CAE, al tratamiento tópico debe añadirse un antibiótico sistémico oral con actividad frente a <i>Staphylococcus aureus</i> (cefadroxilo, cloxacilina, amoxicilina/clavulánico).	
Ver en la tabla (al final) los productos comercializados en nuestro medio.	

Duración del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Suelen ser suficiente con un tratamiento de 7 días. Se apreciará mejoría clínica en 48-72 horas. Si no hay respuesta en 6 días se considerarán diagnósticos alternativos. (Otomicosis, Otitis externa maligna).

Tratamiento antifúngico empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Otitis externa por hongos (otomicosis)	<ul style="list-style-type: none"> Limpieza del CAE con retirada de todos los residuos o elementos fúngicos visibles. Se pueden utilizar de manera conjunta antifúngicos (Clotrimazol 1%), antisépticos y agentes acidificantes.

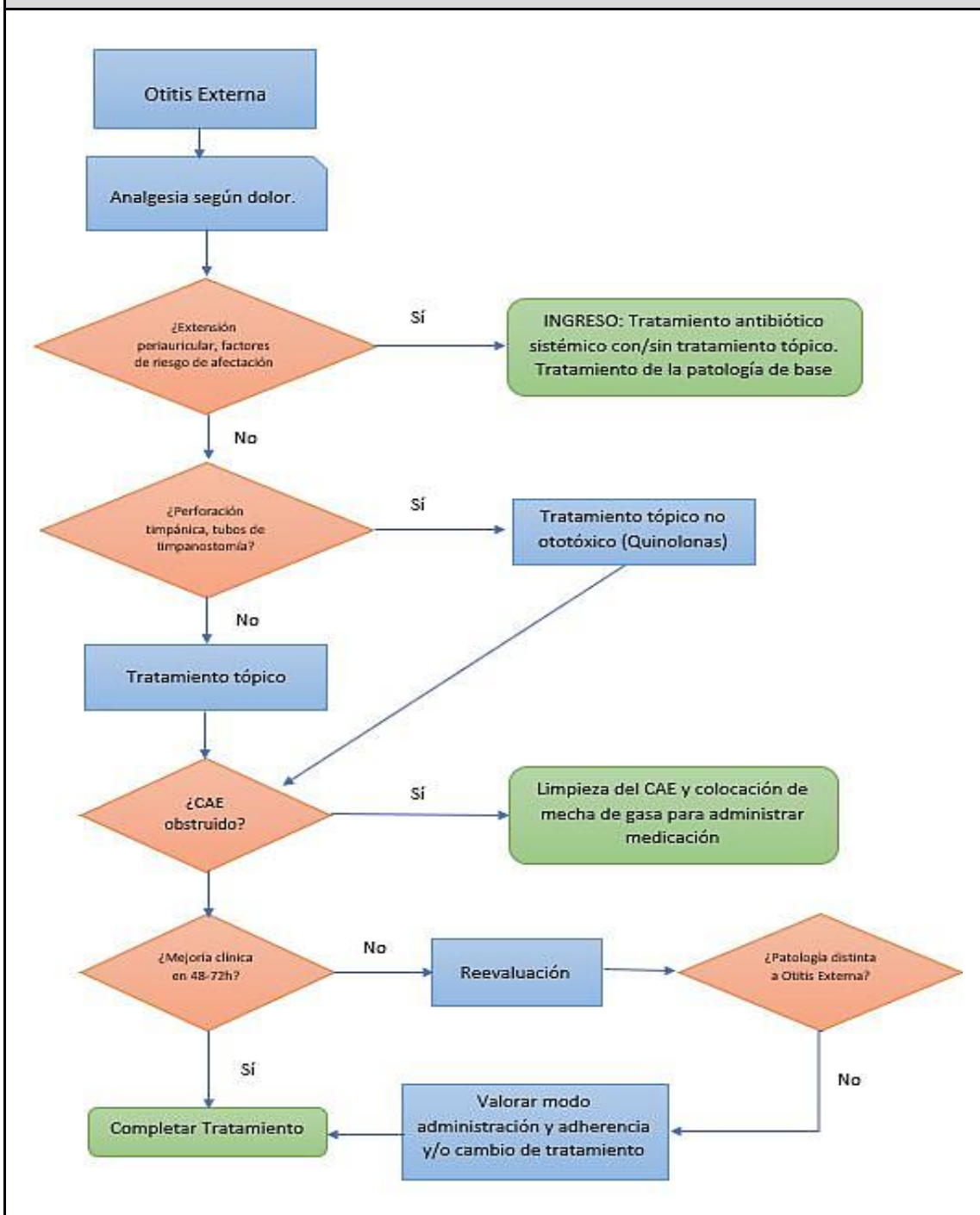
Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> Se evitará la entrada de agua en el oído durante el curso de la infección.²⁴ Limpieza del CAE: Se deben retirar todos los restos de cerumen, piel descamada y material purulento.²⁵ Analgesia: En casos leves el tratamiento antimicrobiano, antiséptico o acidificante tópico puede ser suficiente, si no, se utilizarán AINES (Ibuprofeno a dosis habituales). Se evitará el uso de anestésicos tópicos²⁶. En casos graves puede ser necesario recurrir a analgésicos opioides.

Productos tópicos disponibles para la otitis externa
Quinolona con Corticoide tópico
<ul style="list-style-type: none"> CIPROXINA gotas óticas en suspensión 2 g/ml + 10 mg/ml: Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas. CETRAXAL plus gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas. SYNALOTIC Gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 6- 8 gotas cada 12 horas. ULTRAMICINA PLUS Gotas óticas en solución 0,25/3 mg: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas. No usar en menores de 7 años. ACEOTO PLUS 3 mg/ml + 0,25 mg/ml gotas óticas en solución: fluocinolona acetónico, ciprofloxacino hidrocloreto: 6- 8 gotas cada 12 horas.
Quinolona tópica sin corticoide
<ul style="list-style-type: none"> CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. CIFLOT Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. BAYCIP Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas. CIPROFLOXACINO QUALIGEN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. CIPROXINA SIMPLE Gotas óticas en solución 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 3 gotas cada 12 horas. OTOCIPRIN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. SEPTOCIPRO OTICO Sol. ótica monodosis 1mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años. ACEOTO 3 MG/ML gotas óticas en solución: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
Antibiótico no quinolona con corticoide
<ul style="list-style-type: none"> OTIX Gotas óticas en solución 1 mg/10000 UI/1mg: Dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años
Antibiótico antiestafilococcico sin corticoide
<ul style="list-style-type: none"> FUCIDINE Crema 20 mg/g: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas. FUCIDINE Pom. 20 mg/g: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas. ACIDO FUSIDICO ISDIN 20 mg/g CREMA: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas. MUPIROCINA DERMOTEN Pom. 20 mg/g: Mupirocina tópica: 1 aplicación cada 8-12 horas. MUPIROCINA ISDIN 20 mg/g POMADA: Mupirocina tópica: 1 aplicación cada 8-12 horas. OZANEX 10 MG/G CREMA Ozenoxacino tópico: 1 aplicación cada 12 horas.

Productos tópicos disponibles para la otitis externa	
Quinolona con Corticoide tópico	
-	CIPROXINA gotas óticas en suspensión 2 g/ml + 10 mg/ml: Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.
-	CETRAXAL plus gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas.
-	SYNALOTIC Gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 6- 8 gotas cada 12 horas.
-	ULTRAMICINA PLUS Gotas óticas en solución 0,25/3 mg: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas. No usar en menores de 7 años.
-	ACEOTO PLUS 3 mg/ml + 0,25 mg/ml gotas óticas en solución: fluocinolona acetónido, ciprofloxacino hidrocloreto: 6- 8 gotas cada 12 horas.
Quinolona tópica sin corticoide	
-	CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CIFLOT Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	BAYCIP Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
-	CIPROFLOXACINO QUALIGEN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CIPROXINA SIMPLE Gotas óticas en solución 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 3 gotas cada 12 horas.
-	OTOCIPRIN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	SEPTOCIPRO OTICO Sol. ótica monodosis 1mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	ACEOTO 3 MG/ML gotas óticas en solución: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
Antibiótico no quinolona con corticoide	
-	OTIX Gotas óticas en solución 1 mg/10000 UI/1mg: Dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años
Antibiótico antiestafilococcico sin corticoide	
Corticoide tópico	
-	EMOVATE Crema 0,05%: Clobetasona tópica: 1 aplicación hasta 4 veces al día.
-	GELIDINA Gel 0,025%: Fluocinolona acetónido tópico: 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	SYNALAR CREMA Crema 0,025%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	SYNALAR ESPUMA Aerosol 0,025%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	SYNALAR FORTE Crema 0,2%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	SYNALAR GAMMA Crema 0,01% Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.
Antisépticos:	
-	Alcohol boricado a saturación, solución fórmula magistral: 2 gotas, 3 veces al día.
-	Vigencial 0,5% solución, Violeta de Genciana: 1 aplicación, 2-3 veces al día.
-	Acetato de aluminio, solución de fórmula magistral: 2- 3 gotas en el oído, tres o cuatro veces al día.
Soluciones acidificantes:	
-	Gotas óticas ácido acético 2%, fórmula magistral: 3-6 gotas en el oído afectado cada 2-3 horas

Productos tópicos disponibles para la otitis externa	
Quinolona con Corticoide tópico	
-	CIPROXINA gotas óticas en suspensión 2 g/ml + 10 mg/ml: Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.
-	CETRAXAL plus gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas.
-	SYNALOTIC Gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 6- 8 gotas cada 12 horas.
-	ULTRAMICINA PLUS Gotas óticas en solución 0,25/3 mg: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas. No usar en menores de 7 años.
-	ACEOTO PLUS 3 mg/ml + 0,25 mg/ml gotas óticas en solución: fluocinolona acetono, ciprofloxacino hidrocloreto: 6- 8 gotas cada 12 horas.
Quinolona tópica sin corticoide	
-	CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CIFLOT Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	BAYCIP Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
-	CIPROFLOXACINO QUALIGEN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	CIPROXINA SIMPLE Gotas óticas en solución 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 3 gotas cada 12 horas.
-	OTOCIPRIN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	SEPTOCIPRO OTICO Sol. ótica monodosis 1mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
-	ACEOTO 3 MG/ML gotas óticas en solución: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
Antibiótico no quinolona con corticoide	
-	OTIX Gotas óticas en solución 1 mg/10000 UI/1mg: Dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años
Antibiótico antiestafilococcico sin corticoide	
Antifúngicos tópicos:	
-	CANESTEN Crema 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	CANESTEN Polvo 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	CANESTEN 10 mg/ml solución para pulverización cutánea: 1 aplicación cada 8-12 horas.
-	CLOTRIMAZOL CANESMED Crema 10 mg/g: Clotrimazol 1%.

Esquema de Tratamiento



Referencias bibliográficas

- Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, et al. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa. Otolaryngol -- Head Neck Surg. 2014;150(1 Suppl):S1-S24. doi:10.1177/0194599813517083.
- Goguen LA. External otitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v15.1. Wellesley, MA: UpToDate; 2007. [actualizado el 17 de febrero de 2017; consultado el 1/07/2017]. Disponible en www.uptodate.com Literature review current through: Jan 2019. | This topic last updated: Oct 25, 2018.
- Prentice P. American Academy of Otolaryngology: head and neck surgery foundation clinical practice

guideline on acute otitis externa 2014. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015;100(4):197. doi:10.1136/archdischild-2014-307676.

- Goguen LA. External otitis:Treatment. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v15.1. Wellesley, MA: UpToDate; 2007. [actualizado 23 de enero de 2019; consultado el 28 de enero de 2019]. Disponible en www.uptodate.com
- Charles PH. Acute otitis externa. Paediatr Child Heal. 2013;96-98(2):96-98.
- Costa Ribas C, Amor Dorado JV. Otitis externa: Guías clínicas Fistera. Disponible en <http://www.fistera.com/guias-clinicas/otitis-externa/> [actualizado 4 de mayo de 2017; consultado el 13 de enero de 2019].
- Boyce TG. Otitis Externa and Necrotizing Otitis Externa. In: Long, Sarah S. II. Pickering LKIP, Charles G., eds. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases: Fourth Edition. 4th ed. Elsevier; 2012:220-222.e1. doi:10.1016/B978-1-4377-2702-9.00030-1.
- Bradley JS, Nelson JD, Barnett ED, et al. 2017 Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy. 23rd ed. American Academy of Pediatrics; 2017.
- Rubin Grandis J, Yu VL. Malignant (necrotizing) external otitis - UpToDate]. [Actualizado el 17 de octubre de 2018. consultado el 3 de abril de 2019]. Disponible en www.uptodate.com

Abreviaturas: CAE: conducto auditivo externo. OEA: otitis externa aguda. OMA: otitis media aguda. PCR: proteína C reactiva.

Notas aclaratorias

- ¹ *Los gérmenes que causan la otitis externa son flora saprofita del CAE. Cualquier factor que altere el epitelio del canal auditivo puede permitir la invasión por bacterias causando la OEA.*
- ² *Los hongos solo causan entre un 2% y un 10% de las otitis externas: Aspergillus niger (60-90%) y Candida sp (10-40%). Puede ser más frecuente en las formas crónicas de OE, en los climas tropicales y en pacientes que previamente han recibido tratamiento con antibiótico tópico. Producen prurito importante. En la otoscopia el conducto suele observarse más edematoso, con presencia de material espeso, a veces con esferas blanquecinas indicativas de candidas o negro-grisáceas por aspergillus.*
- ³ *El diagnóstico de otitis externa es clínico, basado en una historia característica y el examen físico. El diagnóstico requiere un inicio rápido con signos y síntomas de inflamación del conducto auditivo. La otoscopia es crítica para distinguir entre otitis externa, otitis media, y otra patología del oído. El conducto auditivo suele aparecer edematoso y eritematoso en la otitis externa.*
- ⁴ *Dolor en el canal auditivo y región de la articulación temporomandibular intensificado con la masticación.*
- ⁵ *El dolor a menudo es intenso y desproporcionado con lo que se podría esperar en base a la apariencia del conducto auditivo a la inspección visual. Sin embargo, estos signos pueden estar ausentes en casos leves.*
- ⁶ *Muchos pacientes con OEA tienen secreción en el conducto auditivo. Un signo distintivo de OEA frente a la otitis media aguda con otorrea es el hallazgo de dolor al presionar el trago o al traccionar el pabellón auricular.*

- ⁷ Si la otitis es intensa se puede producir una inflamación del pabellón e incluso una celulitis subcutánea con afectación de la piel mastoidea y despegamiento del pabellón, simulando una mastoiditis. Es preciso en estos casos hacer el diagnóstico diferencial.
- ⁸ En ocasiones la otitis externa es localizada y se trata de un forúnculo. El germen implicado suele ser *Staphylococcus aureus*.
- ⁹ El diagnóstico diferencial con OMA a veces es difícil si no puede visualizarse el tímpano; el dolor intenso a la manipulación del pabellón auricular y las adenopatías regionales son raras en la OMA. La visualización del conducto auditivo externo suele estar más alterada en la OEA. Cuando el paciente tiene la membrana timpánica perforada, es probable que el foco principal de la enfermedad sea el oído medio, con inflamación secundaria del conducto auditivo. Si se puede realizar otoscopia neumática, demostrará una buena movilidad de la membrana timpánica con OEA, pero mostrará movilidad ausente o limitada con OMA y derrame asociado de oído medio.
- ¹⁰ En la mastoiditis aguda el pliegue retroauricular suele estar borrado, suele existir historia previa de OMA y pérdida de audición, también suele haber signos inflamatorios en la zona de la mastoides y abombamiento de la pared posterior del CAE en la otoscopia.
- ¹¹ Dermatitis del conducto: generalmente por reacción de contacto a alguna sustancia contenida en los preparados de aplicación tópica o agentes cosméticos. Considerarla si no existe respuesta a un tratamiento correcto de la otitis externa después de 1 semana.
- ¹² El exceso de humedad conlleva un cambio en la flora habitual del conducto, que habitualmente está formada por bacterias Gram positivas, que se sustituyen por gérmenes Gram negativos.
- ¹³ Para evitar o prevenir la otitis externa se aconseja evitar la limpieza del CAE con bastoncillos y mantener el CAE seco (se puede recomendar usar aire caliente, p. ej. secador de pelo, tras el baño).
- ¹⁴ Algunos expertos recomiendan mejor el gorro porque ciertos tapones pueden irritar el CAE y predisponer a la otitis.
- ¹⁵ La acidificación del CAE tras el baño puede ser beneficiosa para prevenir la otitis, dado que el pH alcalino favorece el crecimiento bacteriano.
- ¹⁶ La otitis necrotizante aguda u otitis externa maligna es la complicación más importante de la otitis externa y consiste en la diseminación de la infección a los tejidos blandos, el cartílago auricular y el hueso. Es rara en niños y puede aparecer en personas inmunodeprimidas, malnutridas o con enfermedades crónicas, sobre todo diabetes mellitus.
- ¹⁷ En la mayoría de los casos no son necesarios estudios adicionales, sin embargo se recomienda la realización de cultivos del exudado del CAE en las siguientes situaciones: otitis externa grave, otitis externa recurrente, otitis crónica, inmunodeprimidos, infecciones después de una cirugía del pabellón auditivo y pacientes que no responden a la terapia inicial. Los cultivos del CAE deben ser interpretados con precaución porque pueden reflejar la flora normal o los organismos colonizadores.
- ¹⁸ La pericondritis es una infección del cartílago del pabellón auricular.

- ¹⁹La vía de elección será siempre la tópica si no existe extensión local ni inmunodepresión en el paciente. Consigue buenas concentraciones locales y minimiza efectos secundarios.
- ²⁰Se elegirá un tratamiento u otro teniendo en cuenta la disponibilidad, el coste y las características del paciente. En caso de tubos de timpanostomía, perforación del tímpano o si no es visible, se evitarán agentes ototóxicos (gentamicina, neomicina y preparaciones con pH bajo).
- ²¹Se inclina la cabeza hacia el hombro opuesto, se tracciona del hélix hacia arriba, se llena el CAE con las gotas. Se mantendrá en esa posición 3-5 minutos o se colocará una bola de algodón durante 20 minutos.
- ²²Se debe cambiar cada 1-3 días hasta la resolución del edema.
- ²³Se utilizarán antibióticos con actividad anti-staphylococcus aureus (Cefadroxilo 30 mg/kg/día, cada 12 horas; Cloxacilina vo: 50-100mg/kg/día, cada 6 horas, 5-10 días o amoxicilina/clavulánico (formulación 4:1) 40 mg/kg/día, cada 8 horas, 10-14 días) y anti-pseudomonas (se considerarán las fluorquinolonas si no hubiera otra alternativa disponible). En pacientes de riesgo o sospecha de Otitis Externa Maligna se ingresará para tratamiento intravenoso con Cefepime 150mg/kg/día cada 8 horas (Otras alternativas: Ceftazidima + Tobramicina, Meropenem, Imipenem o Piperacilina/tazobactam. Durante el ingreso se valorará a respuesta al tratamiento por signos clínicos y descenso de reactantes de fase aguda (PCR y VSG). Se recomiendan tratamientos prolongados de 6 a 8 semanas en caso de Otitis Externa Maligna.
- ²⁴Se evitará nadar y los baños prolongados. Tras mojar el oído, se drenará el exceso de agua y se secará bien con un secador. Los deportes acuáticos de deberán evitar durante 7-10 días. Los deportistas de competición podrán volver a los entrenamientos a los 3 días si ya no tienen dolor y usando tapones bien ajustados que impidan la entrada de agua.
- ²⁵Para la limpieza del CAE se usará un asa de alambre o una torunda de algodón bajo otoscopia. Se repetirá las veces necesarias:
- Si no existe perforación: se puede irrigar el oído con suero salino, agua o una dilución 1:1 de Agua Oxigenada a temperatura ambiente. Se evitará en pacientes diabéticos por aumentar el riesgo de Otitis externa maligna.
 - Si existe perforación timpánica se derivará a ORL.
- ²⁶Las gotas anestésicas pueden enmascarar la respuesta al tratamiento y por tanto no se recomiendan.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[①] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2019. ISBN: 978-84-92848-07-2.