
Oído Externo

Dr. Carlos Emilio de la Flor Otero

Es la primera porción del oído y está constituido por:

- a).- pabellón o aurícula
- b).- conducto auditivo externo y alveario

1. ANATOMÍA

El pabellón tiene una estructura básica cartilaginosa y piel adherida sobre todo en la cara anterior. Posee prominencias: trago, antitrago, hélix, antihélix; además de depresiones que son el surco del hélix, fosa navicular y el vestíbulo.

Asimismo, tiene un lóbulo o pallar de estructura fibroelástica, a diferencia del cartílago.

Sus dimensiones normales están dentro de 50 a 55 milímetros. Cuando tiene mayor dimensión se denomina macrotia. Los más pequeños se llaman pabellón micrótico.

Se encuentra implantado a ambos lados de la cabeza en un ángulo normal de 30 grados.

El conducto auditivo externo tiene cuatro paredes y dos curvaturas: una hacia adelante y otra hacia abajo, por lo que en el examen clínico hay que traccionarlo hacia atrás y arriba para poder tener una visión de calibre y lograr ver la membrana timpánica.

Tiene este conducto una porción externa móvil, cartilaginosa con una piel con abundantes pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas.

La porción interna es ósea y cubierta de piel muy fina y frágil. Se le llama también alveario o depósito de cera.

2. EMBRIOLOGÍA

El oído externo evoluciona armoniosamente con el oído medio y la trompa acústica, lo que explica las patologías de imperforación de conducto, sumadas a patología de caja timpánica y anotias de pabellón.

El oído interno se desarrolla en épocas anteriores.

El pabellón se constituye con mamelones del primer arco branquial o mandibular y del segundo arco branquial o arco hioideo, en el primer surco branquial.

3. FISIOLÓGÍA

El pabellón y el conducto auditivo externo captan la energía sonora del ambiente y la proyectan al oído medio.

La pérdida del pabellón o su ausencia origina una sordera de 5 db, es decir, una pérdida mínima.

La oclusión total del conducto produce una sordera de 60 db, típica conductiva, sin embargo bastará una pequeña porción libre para el pasaje de la energía física sonora, para que conserve normal la audición.

4. VALORACIÓN

Examen luego de la historia clínica, deja ver a la otoscopia una serie de malformaciones. Luego se complementan con la otoscopia con luz, suficiente limpieza del conducto, y se completa con examen instrumental de audición.

5. MALFORMACIONES CONGÉNITAS

El pabellón auditivo es de por sí un elemento muy importante en la presencia personal y la belleza, por lo que la alteración se corrige con cirugía estética.

El oído externo se origina en el primer surco branquial y en los

arcos branquial primero y segundo. El surco representa el conducto externo o alveario y los mamelones de los arcos crean el pabellón y las paredes del conducto auditivo externo.

Las malformaciones se explican por una evolución de su desarrollo y para su entendimiento se agrupan en:

5.1. MALFORMACIONES MENORES

- * Pabellones mal adosados.
- * Pabellones grandes y mal adosados: pabellón en ASA.
- * Pabellones grandes: MACRÓTICOS
- * Pabellones pequeños: MICRÓTICOS
- * Pabellones con alteraciones de forma característica:
PABELLONES DE DARWIN, MACACO, WILDERMUTH, SIMIO, FAUNO, DOBLADA, ETC.
- * Pabellones ausentes: ANOTIA
- * Pabellones numerosos: POLIOTIA
- * FÍSTULA AURIS, un trayecto anormal fistuloso.

5.2. FÍSTULAS CONGÉNITAS

Se originan por falta de cierre de la primera hendidura branquial.

- **Síntomas y Signos:** Generalmente asintomáticas, salvo un pequeño orificio delante del trago, unilateral, en varios miembros de una familia.
Puede infectarse su trayecto interno y si recidiva, hay que programar su extirpación total con anestesia local, previa coloración.
Pueden presentarse en otras zonas cercanas al oído debajo del trago, y su trayecto interno puede contener estructuras glandulares.

La fistula infectada o complicada drena secreciones purulentas al tacto, así como presenta signos inflamatorios: rubor local y dolor.

- **Tratamiento:** Su infección se alivia con antibióticos y analgésicos. Insistimos, si se repite la infección, hay que extiparla totalmente.

5.3. ANOTIA

La ausencia de pabellón es la ANOTIA, generalmente unilateral.

Suele asociarse a imperforación del conducto o ATRESIA DEL

CONDUCTO.

- **Síntomas:** Domina la alteración estética personal, corregido por el peinado. Las lesiones dan sordera cuando el conducto está mal formado, se suman lesiones de caja timpánica.
- **Tratamiento:** Las lesiones unilaterales no impiden un buen desarrollo de la persona, que puede optar por cirugía otológica: estética y funcional en la edad adulta.

La anotia con atresia de conducto bilateral suele acompañarse de alteraciones de caja timpánica. El oído interno ha desarrollado antes y se encuentra anatómicamente y fisiológicamente normal.

Hay alteración estética y sordera conductiva.

El niño desde el inicio debe ser estimulado por los métodos especiales hasta los cinco años de edad, cuando es posible que soporten una cirugía timpanoplástica. El pabellón puede corregirse con prótesis que serán cambiadas al crecer, para ello se ha creado banco de prótesis para ayudar la parte económica.

En edad adulta si desea tener estereofonía se programa la timpanoplastía del otro lado.

6. LESIONES AURICULARES NO DOLOROSAS

6.1. QUERATOSIS SENIL

Suele dar prurito, descamación, más en personas blancas. Factor de riesgo: Cuando ha recibido luz solar

- **Tratamiento:** Cremas dérmicas y vigilancia. Aquellas que no regresionan, se les deberán realizar biopsias excéresis. Si el resultado de la a.p. es positivo, consulta y evaluación oncológica.

6.2. HEMANGIOMAS

Lesión poco frecuente, aunque hemos observado grandes alteraciones arteriovenosas. Habrá zumbido por paso de sangre en la zona alterada. Lesiones pequeñas, no requieren mayor cuidado. Si hay tendencia a aumentar y presentar zonas de sangrado, hay que programar su tratamiento quirúrgico. Son lesiones benignas.

- **Tratamiento:** Lesiones pequeñas se benefician con uso de cosméticos, para disimular su presencia.

7. LESIONES AURICULARES DOLOROSAS

7.1. OTOHEMATOMA

Es un derrame de contenido sanguíneo entre el pericondrio y el cartílago.

- **Síntomas y signos:** Presencia de una tumoración luego de trauma o sin mayor antecedente, sensación de calor, no dolor a la palpación, renitente.
- **Tratamiento:** Al separarse el pericondrio, queda sin alimentación el cartílago; rápidamente debe evacuarse el contenido sanguíneo lentamente, por punción, en ambiente estéril y aplicar un sistema de presión para que el pericondrio se adose al cartílago, por unos siete días.
- **Complicaciones:** Mal tratado, el cartílago sufrirá una pericondritis, o bien el contenido ocasionalmente puede infectarse y se convierte en una otiohematoma.

7.2. OTIOHEMATOMA

Es un hematoma infectado.

Síntomas y signos: Dolor, calor, sensación febril general. Palpación muestra dolor exquisito, calor y deformación de la aurícula.

Tratamiento: Igual que pericondritis.

7.3. PERICONDRITIS

Inflamación o infección del cartílago auricular, por diversos mecanismos esencialmente traumáticos, quirúrgicos, quemaduras, infecciones como la leishmaniasis. En deporte el típico pabellón en coliflor de boxeador.

- **Signos y síntomas:** Dolor, signos marcados de calor, deformación, signos necróticos.

- **Tratamiento:** Cura quirúrgica con eliminación de todo el tejido sospechoso de sufrimiento y reparación con medidas de cirugía plástica.
Antibióticos, analgésicos. Los casos sospechosos de infección tetánica trabajar con equipo médico.

8. ENFERMEDADES DEL C.A.E.

8.1. CERUMEN AUDITIVO

Su presencia es normal, tiene una función protectora por su pH ante la acción bacteriana. Luego tiene una acción de lubricación de piel, móvil por la función masticatoria.

El cerumen tiende a ser expulsado, pero puede ser retenido por la acción de limpieza que más bien puede introducirlo más profundamente o en personas que suelen acumularlo probablemente cuando su producción es excesiva.

- **Síntomas:** Normalmente suele ser bien tolerado hasta que cierra totalmente la luz, causando una hipoacusia conductiva súbita. Estos episodios son más frecuentes cuando en un baño hay entrada de agua, ocasionando que por hidrofilia se aumente el volumen y sus efectos oclusivos.

Puede igualmente existir sensación de presión y hasta dolor intraótico.

- **Diagnóstico:** Fácil en la otoscopia.
Diagnóstico diferencial: Cuerpos extraños como algodones, piedras, etc.
- **Tratamiento:** Su eliminación racional más aconsejable es irrigación y lavado, siempre con las precauciones de buen instrumental y experiencia.
Se sugiere su ablandamiento por acción de glicerina, agua oxigenada o una gota otológica uno o dos días antes de la irrigación.

En nuestra experiencia, seguimos lo aconsejado por nuestros maestros: Todo tapón o cerumen o C.E. diagnosticado debe ser extraído y el paciente curado en el primer día de consulta. No olvi-

demos lo innecesario de recargar la consulta o recargar la de otro turno o sobre todo permitir que el paciente siga con sus molestias y angustias.

Muchos cuidados en pacientes con antecedentes de trauma, infecciones, hemorragias, perforaciones timpánicas, intolerancia al dolor, vértigos. Estos casos deben ser estudiados y tratados por el otólogo sobre todo porque cuenta con un instrumental más que suficiente para resolver un buen tratamiento con mínimo de riesgos.

8.2. TRAUMATISMOS C.A.E.

Predominan las historias con pacientes meticulosos en limpiezas que en realidad son innecesarias y peligrosas en el hogar. Puede observarse en audífonos. «Ojos y oídos no deben ser limpiados en la casa», viejo consejo médico.

Los aplicadores portaalgodón, instrumentos médicos, llaves, lapices, etc., son los culpables de erosiones, ulceraciones, inflamaciones y aun hemorragias.

- **Síntomas:** Se aprecian laceraciones, costras, secreciones, hematomas y aun hemorragias. Trago doloroso cuando hay mayor inflamación.
Sordera no suele estar presente. Acufenos intraóticos son ocasionales.
- **Tratamiento:** Limpieza bajo buena eliminación, aplicación tópica de antibiótico. Puede agregarse según caso: antibiótico piel y antiinflamatorio-analgésico. Prohibir la manipulación por mano propia en el futuro.

8.3. FORÚNCULO C.A.E.

El Folículo piloso de piel de primera porción del conducto suele ser infectado por el estafilococo. Factor riesgo serían limpiezas inadecuadas, entrada agua de mar y piscinas, soluciones jabonosas y colorantes. Diabetes y anemia hipocrónica e inmunodeprimidos.

- **Signos y síntomas:** Hinchazón localizada y muy dolorosa al tacto y tracción auricular. El espéculo debe ser manejado muy cuidadosamente para evitar gran dolor y molestia al paciente.

- **Tratamiento:** Eliminación del folículo infectado y organizado. En la etapa inicial será mejor tratamiento general antibiótico y analgésico y cuando está en período de estado, se procede a su evacuación con presión suficiente. Dicloxicilina, ampicilina son buena indicación antibiótica.

8.4. ECZEMA

Suelen observarse como cuadros agudos, con prurito, otorrea. Otoscopía muestra costras amarillentas sobre una piel enrojecida. Ausencia de manifestaciones generales.

El eczema crónico es similar, pero hay épocas de sequedad: eczema seco. Hay prurito, descamación y se agregan las lesiones que involuntariamente las personas causan por rascado o curaciones inadecuadas.

- **Tratamiento:** Limpieza de toda secreción, mucha prudencia en indicar medicaciones que puedan aumentar las molestias. Tópicamente corticoices. Suprimir sustancias sospechosas de ser alergenicos, régimen higiénico dietético adecuado.

8.5. OTOMICOSIS

Afección frecuente en épocas de calor y baños. Más en climas cálidos.

- **Síntomas:** Prurito, otorrea muy escasa, sordera cuando obtura la luz completamente o se deposita sobre el tímpano. Pueden observarse la hifas y sus colores característicos, como en el *Aspergillus niger*.
- **Tratamiento:** Limpieza del conducto, alcohol boricado, antimicóticos vía tópica. Existen en el momento antimicóticos orales muy eficientes.

9. TUMORES DEL OÍDO EXTERNO

9.1. TUMORES BENIGNOS. EXOSTOSIS

Son escasos y de ellos los más frecuentes son las exostosis. Ocupan la zona ósea del conducto: cara anterior y cara posterior.

Presentan tendencia a crecer y sólo dan gran molestia auditiva al cerrar completamente la luz: sordera conductiva. Igualmente si se agrega otorrea o descamación, o impactación de cerumen al realizarse maniobras de limpieza por mano propia. Son bilaterales y tendencia familiar.

- **Factores de riesgo:** Parece demostrarse un factor de estímulo en el ambiente de frío, marino, deportivo de natación y buceo.
- **Tratamiento:** Si obtura el conducto se abandonará la cura tópica y limpiezas, para extirparlo con cirugía o rayos láser.

9.2. OSTEOMA

Un tumor único, tendencia a crecer. Unilateral.

- **Tratamiento quirúrgico,** con cirugía o rayos láser.

9.3. CÁNCER DEL CONDUCTO

Son también raros y sobre todo de estirpe epitelial.

- **Factor de riesgo:** adultos de más de 50 años de edad, masculino, mucha radiación solar, raza blanca.
Desconfiar de lesiones tórpidas con: otorrea maloliente, sangran-te y dolor espontáneo. Actuar como factor de prevención muy temprana.
- **Tratamiento:** La existencia de adenopatías y parálisis facial ensombrecen el pronóstico, requieren cirugía mutilante. Lo ideal de toda lesión maligna es diagnóstico temprano: pensar en cáncer, para poder detectarlo.

DIAGNÓSTICO ANTE UN DOLOR DE OÍDO

	Otitis Externa	Otitis Media	Otalgia
Otoscopía	Conducto estenosado congestivo	Normal	Normal
Trago Pabellón	Doloroso Tracción Dolorosa	mastoides + mastoides +	Art. mandibular dolorosa

Membrana Timpánica	Normal	Congestionado abombado	Normal
Audición	Normal Sordera: oclusión total	sordera conductiva	Normal
Weber	Indiferente	Lateralizado oído enfermo	Normal
Radiología	Normal	velamientos esclerosis	Normal

10. REFLEXIONES IMPORTANTES

- 1.- Oído interno está desarrollado cuando aparecen malformaciones de oído externo y caja timpánica.
- 2.- Palpación es de gran ayuda para diferenciar otitis externa de otitis media.
- 3.- Otoscopía es un examen valioso y fundamental.
- 4.- Un dolor de oído puede estar presente en lesiones lejanas de oído.
- 5.- Una prótesis es más útil que una plastía de pabellón.
- 6.- Anotia bilateral requiere entrenamiento audiológico temprano.
- 7.- Cerumen protege al oído externo de infecciones.
- 8.- En conducto normal, las bacterias no producen patología.
- 9.- Cerumen impactado es causa más frecuente de sordera unilateral y súbita.
- 10.- Tumores malignos de conducto: son más raros que los del pabellón y son mucho más malignos.

11. RECUERDOS RESUMIDOS DE ANATOMÍA

Canal auditivo externo, limita:

- a) anterior : articulación temporomandibular. Parótida
- b) posterior : mastoides
- c) superior : fosa cerebral media
- d) inferior : parótida

Caja timpánica, limita con:

- a) techo : fosa cerebral media

- b) piso : yugular
- c) posterior : mastoides
- d) anterior : carótida, Trompa de Eustaquio
- e) externa : membrana timpánica
- f) interna : promontorio y ventanas oval y redonda

La membrana timpánica tiene en su porción tensa:

- a) capa epitelio escamoso
- b) capa fibrosa radiada
capa fibrosa circular
- c) capa mucosa
en su porción flácida sólo capa epitelial y capa mucosa.