

Otitis maligna

Por los Dres.:

RUBÉN S. PADRÓN DURAN,¹ OSCAR DÍAZ DÍAZ,^{**} ANTONIO MÁRQUEZ GUILLEN,² • OSCAR MATEO DE ACOSTA³

Padrón Durán, R. S. et al. *Otitis maligna*. Rev. Cub. Med. 13; 4, 1974.

Se informa el primer caso, en nuestro medio, portador de una otitis externa maligna; se hace un análisis de las características clínicas de esta entidad y se destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha que nos permita un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

En 1968, *Chandler*¹ describió 13 casos de infección del canal auditivo externo, de curso progresivo, causada por *Pseudomona aeruginosa*. Esta infección invadió tejidos blandos vecinos, cartílagos e incluso huesos, desarrollando además parálisis de pares craneales en 8 pacientes. Entre los 13 pacientes informados, 10 eran diabéticos conocidos y 2 tenían curvas de tolerancia a la glucosa de tipo diabéticas. Todos eran pacientes de edad avanzada.

Chandler utilizó el término de "Otitis Externa Maligna"⁰ (OEM) para este cuadro clínico, haciendo hincapié en que el diabético de edad avanzada es muy susceptible a este tipo de infección de un canal auditivo, que con frecuencia da lugar a complicaciones vasculares y/o meníngeas y muchas veces causa la muerte del paciente.

En 1971, *Dinapli y Thomas*² informan 3 nuevos casos portadores de OEM, resaltando los aspectos neurológicos de la misma. Estos 3 pacientes también eran diabéticos de edad avanzada.

Las dos referencias mencionadas anteriormente son las únicas que hemos podido hallar en la literatura neurológica, otológica y diabetológica de los últimos años.

Con este trabajo, en que informamos el primer caso en nuestro medio, esperamos llamar la atención sobre esta entidad poco común y poco conocida, para así facilitar su diagnóstico precoz y su tratamiento adecuado.

REPORTE DEL CASO

H. C. 543917 (IEEM).

E.A.M., paciente del sexo masculino, blanco, de 62 años de edad, diabético conocido desde hace aproximadamente 20 años. Ha tenido tratamiento con insulina lenta (30 a 40U) diaria, sin dieta regular. En 1969 fue ingresado por primera vez en el IEEM, por una descompensación metabólica, presentando como complica-

¹ Especialista de 1er. grado en endocrinología. Miembro del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas (IEEM).

² Profesor de medicina interna de la Universidad de La Habana. Director del Centro Antidiabético del IEEM.

^{***} Especialista de 2do. grado en endocrinología. Profesor de medicina interna de la Universidad de La Habana. Director del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas.

ción una polineuropatía diabética periférica mixta y una posible neuropatía autonómica (impotencia coeundi).

Hace 1 año padece de aumento de volumen de miembros inferiores. Desde hacía 4 meses presentaba dolor en los oídos, por lo que fue atendido en el servicio de otorrinolaringología, constatándose en el oído derecho una secreción blanco-amarillenta, con un conducto auditivo enrojecido y estrechado, que no permitió visualizar la membrana timpánica; en el oído izquierdo se halló un tapón de cerumen. En el exudado ótico se encontró una *Pseudomona aeruginosa*, imponiéndose tratamiento con polimixín B. Un mes después continuaba con dolor y además supuración. Examinado de nuevo se observó una lesión de aspecto polipoideo en el tercio externo del canal auditivo externo.

Esta lesión se extirpó y se continuó tratamiento antibiótico. El examen histológico de la lesión demostró que se trataba de una masa de tejido de granulación; posteriormente esta lesión polipoidea se reprodujo y hubo que realizar una nueva extirpación. Los dolores óticos disminuyeron, pero la supuración persistió a pesar del tratamiento. Repetidamente el exudado ótico mostró la presencia de una *Pseudomona aeruginosa*.

Fue ingresado de nuevo en el IEEM, por estar descontrolado metabólicamente y quejarse de cierta dificultad para tragar los alimentos, y fiebre. Los datos positivos del examen fueron: edemas en miembros inferiores, manchas "café con leche" en las piernas, mucosas hipocoloreadas, adenopatías cervicales bilaterales, TA: 180/110 hipotrofia muscular generalizada, atrofia de los músculos interóseos de ambas manos, hipopalestesia de miembros inferiores, disminución de la agudeza visual, hiporreflexia rotuliana. Pares craneales: fondo de ojo con retinopatía gra<J<* II, paresia del hemivelo del paladar derecho, paresia de la hemilaringe derecha, desviación de la lengua hacia el lado izquierdo e hipotonía de su mitad derecha, úvula desviada a la izquierda. (Estos hallazgos son expresión de una toma de los pares craneales IX, X, XII). A los 5 días de estar ingresado presentó un estrabismo convergente (Fig. 1) debido a una parálisis del recto externo del ojo derecho y paresia del lado izquierdo (toma del VI par craneal). ■

Exámenes complementarios: L.C.R. (micológico, bacteriológico y citoquímico) normal, Rx de Tórax: de aspecto enfisematoso, índice cardiotorácico normal; Rx de cráneo con vistas es-



Fig. 1.—Nótese el estrabismo convergente debido a la parálisis del recto externo derecho.

pedales: no alteraciones; tomografía de la laringe: ventrículos laringeos y las cuerdas vocales normales, laringe asimétrica y desviada a la derecha, el seno piriforme del lado derecho no se visualiza. No existe imagen tumoral definida; arteriografía carotídea derecha: tortuosidad de los vasos intracraneales sin otras alteraciones; *scanning* de cerebro: normal. Además, se comprobó una anemia discreta, urea normal, las glicemias eran elevadas, pero luego se normalizaron con el tratamiento.

Durante su estadía en la sala se controló metabólicamente con dieta medida e insulina lenta y simple, los demás desaparecieron, sin embargo, mantuvo gran toma del estado general y un síndrome febril, no pudiendo detectarse otro tipo de infección que la ótica. Por este motivo, además del polimixín B. se utilizaron otros antibióticos, a pesar de lo cual no desapareció la fiebre.

Al evaluar de nuevo el caso, se suspendió todo antibiótico con lo que la fiebre remitió, interpretándose que esta fue ocasionada primeramente por la infección y posteriormente por la terapéutica.

La patología ótica mejoró notablemente al recibir tratamiento antibiótico enérgico, y se ob

servó evolutivamente la desaparición de la tumoración del canal auditivo externo, encontrándose entonces una membrana timpánica deslustrada bilateralmente y perforada en el lado derecho. La afectación de los pares craneales fue mejorando progresivamente y en el momento de su egreso sólo presentaba paresia del VI par, los otros pares craneales eran normales y el estado general había mejorado notablemente.

Seis meses después ingresó de nuevo por una descompensación metabólica, constatándose en esta ocasión una paresia del VI par craneal y una parálisis de tipo periférico del VII par del lado derecho, manteniéndose aún con síntomas y signos otológicos ligeros, pero no se ha constatado invasión ósea mediante el estudio radiológico. Fue dado de alta compensado de su diabetes y mejorado de su cuadro neurológico.

COMENTARIOS

La otitis externa es un trastorno común, caracterizado por inflamación del canal externo, dolor a este nivel, otorrea y adenopatías regionales. Tiene como factores predisponentes el trauma y la natación. Este trastorno cura en la gran mayoría de los casos sin dejar secuelas.

La variedad de otitis externa presentada en este trabajo se aparta del cuadro clásico, determinando un gran número de complicaciones y secuelas, y muchas veces incluso la muerte.

Tanto Chandler¹ como Dinapoli y Thomas¹ han enfatizado que un hallazgo importante y característico de la OEM es la presencia de tejido de granulación en el piso del canal auditivo en la unión de sus porciones óseas y cartilaginosas. En las dos series se hallaron pacientes en que este tejido de granulación adoptó la forma de una masa de aspecto polipoideo en el canal auditivo externo. En nuestro caso se encontró una lesión de aspecto polipoideo en el canal externo, que correspondió a una masa de tejido de granulación, según el estudio histológico; este hallazgo es similar a lo descrito por los autores citados.

En el exudado ótico practicado reiteradamente a nuestro paciente, pudimos comprobar la infección por *Pseudomona aeruginosa*, germen

que se ha aislado en todos los casos de OEM descritos hasta el momento. Por la magnitud y gravedad de las complicaciones que pueden presentarse, nosotros también creemos que, en todo diabético de edad avanzada, con una otitis externa, debe hacerse un cultivo del canal externo y si se aísla una *P. aeruginosa* debe aplicársele un tratamiento antibiótico enérgico, junto a un tratamiento quirúrgico si es necesario (caso de hallarse algún tipo de tejido necrótico), para evitar la aparición de complicaciones.

Cuando la infección progresa puede ocasionar mastoiditis y osteomielitis de la base del cráneo, lo que puede traer por consecuencia lisis de nervios craneales y meningitis. El tiempo que media entre el inicio de los síntomas otológicos y la aparición de complicaciones neurológicas es variable y puede ser uno o varios meses. En nuestro paciente aparecieron las complicaciones neurológicas 4 meses después de iniciarse el cuadro otológico. No hemos podido comprobar mediante examen radiográfico, la presencia de mastoiditis y osteomielitis de la base del cráneo; lo que también ha ocurrido en otros casos^{1,2} en que sólo se ha demostrado este tipo de lesión en el estudio *post-mortem*.

La mayoría de los pacientes han presentado parálisis facial (temprana o tardía) en el curso de su enfermedad; otros pares craneales que se han visto afectados son el IX, X, XI y XII. También puede constatarse déficit de los pares craneales III, V, VI y VIII, especialmente en los casos con destrucción ósea extensa o invasión meníngea. Los primeros síntomas de déficit neurológico en nuestro caso se debieron a la afectación de los, pares IX, X, y XIII del lado derecho. Con el tratamiento antibiótico y el control metabólico comenzaron a mejorar el cuadro neurológico y el otológico; pero a pesar de mantenerse la mejoría otológica apareció una nueva manifestación neurológica meses después (parálisis del VII par derecho), la que remitió parcialmente con el tratamiento. Esta discrepancia entre la evolución otológica y

neurológica ha sido señalada por *Dinapoli y Thomasr*

Aunque nuestro paciente presenta prácticamente todo el cuadro clínico de hi* OEM, también presentó una otitis media purulenta y es bien conocido que esta última es capaz de ocasionar complicaciones neurológicas al invadir los canales vasculares y las meninges, dando lugar a abscesos endocraneanos, trombosis del seno cavernoso o meningitis. Por estas razones es que hemos preferido titular nuestro trabajo *otitis maligna*, para así significar que este cuadro clínico, grave en extremo, puede ser consecuencia de una otitis media purulenta y/o una otitis externa maligna.

En el Cuadro I enumeramos las principales características de la OEM, que constituyen la base para el diagnóstico positivo de esta entidad. Queremos destacar que si la otitis es descubierta y correctamente valorada son muy pocas las enfermedades con las que se debe establecer el diagnóstico diferencial.

CUADRO I CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA

OTITIS EXTERNA MALIGNA

1. Pacientes de edad avanzada.
2. Portadores de diabetes mellitus.
3. Germen causal: *Pseudomona aeruginosa*.
4. Tejido de granulación (en ocasiones como una masa polipoidea) en el canal auditivo externo.
5. Invasión de tejidos blandos vecinos, cartílagos y huesos.
6. En algunos casos la lesión no es descubierta con los Rx.
7. Pueden aparecer complicaciones neurológicas (parálisis de pares craneales y/o meningitis).
8. A pesar de la mejoría ótica el déficit neurológico puede aumentar.
9. Tratamiento antibiótico (local y parenteral) y si es necesario cirugía.
10. Pronóstico grave.

Reconocimiento:

Agradecemos al servicio de otorrinolaringología del hospital "Comandante Manuel Fajardo" su cooperación en el estudio y tratamiento de este caso.

SUMMARY

Padrón Duran, R. S. *Malignant otitis*. Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.

The first patient with a malignant external otitis in our environment is reported. Clinical characteristics of this entity are analyzed and the significance of maintaining a high degree of suspicion which allows us an early diagnosis and adequate treatment is emphasized.

RESUME

Padrón Durán, R. S., et al. *Otite maligne*. Rev. Cub. Med. 13: 4, 1974.

On rapporte le premier cas dans notre milieu. porteur d'une otite externe maligne; on fait l'analyse des caractéristiques cliniques de cette entité, soulignant l'importance de maintenir un haut indice suspect nous permettant un diagnostic précoce et un traitement adéquat.

PE3KME

üajipoH P., h jip. 3JiOKa^ecTBeHHLiit otht. Rev Cub Med 13: 4, 1974.

CoodmaeTCH o nepBOM cjiy^ae 3JioKa^ieCTBeHHoro BHenHero OTHTa b Harneé cTpaHe.
üpoBOjoiTCii aHajiH3 KjmHiraecKHX xapaKTepiteTKK 3Toro 3atíojieBaHELH H o.TMenaeTCfl
uejiec006pa3HOCTi> noiwepjKaHiiH sjcoKoro noKa3aTejiñ HOBOS- peHHH, n03B0JiHKmer0
ycTaHOBJiemie paHHero joiarH03a H noflxojmmero Jiene-
HttH.

BIBLIOGRAFIA

1. —Chandler, J. R. Malignant external Otitis. *Laryngoscope*. 78: 1257, 1968.
2. —Dinapolis, R. P., y E. Thomas. Neurologic aspects of malignant external otitis: Report of 3 cases. *Mayo Clin. Proc.* 46: 339, 1971.