

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

OTITIS EXTERNA MALIGNA: EXPERIENCIA A LO LARGO DE 25 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Malignant External Otitis: Experience Over 25 Years at a Tertiary Referral Hospital

María ÁLVAREZ-ÁLVAREZ ^{id}; José Ignacio BENITO-OREJAS ^{id}; María Antonia CARRANZA-CALLEJA ^{id}; José Antonio CÁMARA-ARNAZ ^{id}; Patricia VIVEROS-DÍEZ ^{id}; Jaime SANTOS-PÉREZ ^{id}

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: malvarezalvare@saludcastillayleon.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: La otitis externa maligna (OEM) es una infección agresiva, con elevada morbilidad y escasa mortalidad, de los tejidos blandos del oído externo y estructuras circundantes, que puede diseminarse e involucrar la base del cráneo y la articulación temporomandibular (ATM). Afecta fundamentalmente a pacientes inmunocomprometidos mayores de 65 años, especialmente diabéticos. Típicamente está producida por *Pseudomonas aeruginosa*, y el diagnóstico debe sospecharse en pacientes con clínica típica de otalgia (predominantemente nocturna) y otorrea que no mejora pese a tratamientos convencionales.

El objetivo de este estudio ha sido conocer las características de los pacientes diagnosticados de otitis externa maligna en nuestro hospital durante los últimos años y establecer los criterios diagnóstico-terapéuticos de esta rara enfermedad.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de los pacientes diagnosticados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid de OEM entre los años 1996 y 2021.

Resultados: En los últimos 25 años fueron diagnosticados de OEM nueve pacientes, 78% varones (7/9) y con una edad media de $76,8 \pm 10,9$ años (56-93 años).

Todos los pacientes manifestaron precozmente la enfermedad con otalgia, otorrea y la presencia de tejido de granulación en el conducto auditivo externo (CAE). Ninguno tuvo afectación de pares craneales (osteomielitis de base de cráneo), pero cuatro sufrieron invasión de la ATM. Solo en tres, el cultivo del exudado del CAE fue positivo para *Pseudomona aeruginosa*, comprobándose la gran variabilidad microbiológica. En cuanto al tratamiento, todos recibieron antibioterapia intravenosa con o sin tratamiento antifúngico, durante un tiempo prolongado. Solo un paciente fue sometido a intervención quirúrgica.

De los nueve pacientes de la muestra, dos fallecieron.

Discusión y Conclusiones: En 1968 Chandler describió la otitis externa maligna y en 1987, Cohen y Friedman enumeraron un conjunto de criterios para definirla.

Actualmente el diagnóstico de OEM se establece a partir de una variedad de hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos. Cuando un paciente, especialmente diabético, refiera otalgia u otorrea, evidenciándose en la exploración, una inflamación del CAE con presencia de tejido de granulación, se debe considerar la OEM. La biopsia es fundamental para realizar el diagnóstico diferencial entre OEM y carcinoma escamoso de CAE.

El tratamiento antibiótico depende de la severidad de la infección y de la tasa local de resistencia a las fluoroquinolonas en *Pseudomonas*. Inicialmente se empleará ciprofloxacino intravenoso a dosis de 400mg cada 8 horas, con o sin un betalactámico antipseudomónico durante 6-8 semanas. Desde la aparición de los antibióticos antipseudomónicos, el tratamiento quirúrgico de esta patología no está indicado, realizándose únicamente biopsia o desbridamiento para el diagnóstico diferencial con patología tumoral.

PALABRAS CLAVE: otitis externa maligna; otitis externa necrotizante; otorrea; diagnóstico; tratamiento.

SUMMARY: Introduction and objective: Malignant external otitis (MEO) is an aggressive infection with high morbidity but low mortality, of the soft tissues of the external canal and surrounding structures, which can spread and involve the skull base and the temporomandibular joint (TMJ). It mainly affects immunocompromised patients over 65 years of age, especially diabetics. It is typically caused by *Pseudomona aeruginosa*, and the diagnosis should be suspected in patients with typical symptoms of otalgia (predominantly nocturnal) and otorrhea that doesn't improve despite conventional treatments.

The objective of this study has been to know the characteristics of patients diagnosed with OEM in our hospital in recent years and to establish the diagnosis and therapeutic criteria for this rare disease.

Method: A descriptive, observational, and retrospective study of patients diagnosed with MEO at the University Clinical Hospital (Valladolid, Spain) between 1996 and 2021 was carried out.

Results: Nine patients were diagnosed with MEO in the last 25 years, 78% male (7/9), and with a mean age of 76.8 ± 10.9 years (56-93 years). All patients manifested the disease early with otalgia, otorrhea and the presence of granulation tissue in the external auditory canal (EAC). None had cranial nerve involvement (skull base osteomyelitis), but four had TMJ invasión.

Only in three of them, the culture of the EAC exudate was positive for *Pseudomonas aeruginosa*, confirming the great microbiological variability. Regarding treatment, all received intravenous antibiotic therapy with or without antifungal treatment, for a prolonged period of time. Only one patient underwent surgery.

Two of the nine patients in the sample died.

Discussion and Conclusions: In 1968 Chandler described MEO, and in 1987 Cohen and Friedman listed a set of criteria to define it.

Currently the diagnosis of MEO is established from a variety of clinical, laboratory and radiographic findings. When a patient, especially a diabetic, refers otalgia or otorrhea, showing on examination an inflammation of the EAC with the presence of granulation tissue, MEO should be considered. Biopsy is essential to make the differential diagnosis between MEO and squamous cell carcinoma of the EAC.

Antimicrobial therapy depends on the severity of the infection and the local rate of fluoroquinolone resistance in *Pseudomonas*. Initially, intravenous ciprofloxacin will be used at a dose of 400mg every 8 hours, with or without an antipseudomonal beta-lactam for 6-8 weeks. Since the availability of systemic antipseudomonal antibiotics, surgical treatment of this pathology is not indicated, performing only biopsy or debridement for differential diagnosis with tumor pathology.

KEYWORDS: malignant external otitis; necrotizing external otitis; otorrea; diagnosis; treatment.