Otite media esterna

Data 26 novembre 2006
Autore C. Stefanetti

[b]Definizione ed inquadramento[/b]

L'Otite Esterna è un'infiammazione del canale uditivo esterno.
La sua conformazione antomica particolare del condotto uditivo lo porta ad essere buio e umido favorendo l'attecchimento dei batteri. La pelle è sottile e facilmente traumatizzabile. La presenza di cerume, creando un ambiente acido, costituisce una barriera di difesa e in mancanza o in presenza di pelle facilmente desquamante costituisce un fattore determinante alla penetrazione dei germi.
In un recente studio che ha analizzato 2240 orecchi con otite esterna si sono trovati un totale di 2838 batteri, 32 lieviti, e 17 muffe. Dei 202 batteri isolati la specie più frequentemente isolata era lo Pseudomonas aeruginosa (38%). Le altre 10 specie più frequenti erano: Staphylococcus epidermidis, 9.1%; Staphylococcus aureus, 7.8%; Microbacterium otitidis, 6.6%; Microbacterium alconae, 2.9%; Staphylococcus caprae, 2.6%; Staphylococcus auricularis, 2.0%; Enterococcus faecalis, 1.9%; Enterobacter cloacae, 1.6%; Staphylococcus capitis subsp. Ureolyticus,1.4%; and Staphylococcus haemolyticus, 1.3%.
Lo S. epidermidis rivelava la più grande antibiotico-resistenza (8 g/mL): 23%, neomicina; 11%, oxacillina; e 12%, ofloxacina. La più bassa antibiotico-resistenza era a favore dello S. aureus; 6.3%, neomicina; 2.7%, oxacillina; e 4.5%, ofloxacina. P. aeruginosa con alta resstenza a chinoloni (128 mcg/mL per ofloxacina) era isolato in un solo soggetto. Anche l'alta resistenza dello P. aeruginosa agli aminoglicosidi era rara. Venti colture avevano una MICs 64 mcg/mL alla neomicina e 10 colture avenano una MICs 16 mcg/mL per la gentamicina. L'infezione può anche causare perforazione timpanica. (1-2-3)
Nella metà dei casi la flora è mista. (4)
[b]Fattori predisponenti[/b]
Nuoto (5). Da qui il termine di "orecchio del nuotatore". L'acqua della piscina è ricca di cloro e il mare di sale. L'acqua agisce come fattore lavante, asportando il film lipidico protettivo della pelle del condotto e il fattore irritante, cloro o sale, contribuisce a fare il resto. Non dimentichiamo che è una patologia prevalentemente estiva e il motivo è dovuto alla forte perspirazione estiva e il sudore è molto salato. Non solo, ma anche gli ambienti molto umidi e caldi, come certi ambienti di lavoro, contribuiscono e il meccanismo è lo stesso di quanto detto sopra; il sudore e un ambiente (il condotto uditivo esterno) predisposto.
Altri fattori scatenanti sono i traumatismi, causati da prurito auricolare, la rimozione meccanica del cerume, l'uso del cotton fioc e alcune malattie cutanee come psoriasi ed eczema che causano prurito. (6)

[b]Otite Esterna Maligna[/b]
E' una infiammazione del Canale Uditivo Esterno con interessamento dell'osso temporale dovuta allo Pseudomonas aeruginosa. E' una condizione grave con alta mortalità (0-50%) e complicanze gravi. Si mnifesta nei pazienti anziani, diabetici (90%) e immunocompromessi, ma anche nei bambini gravemente malati e immunocompromessi. (7-8)
Clinicamente si presenta come la classica Otite Esterna, ma nei soggetti a rischio occorre esaminare anche i Nervi Cranici (V-XII) essendo frequentemente interessati. Il Faciale (VII) è il più frequetemente colpito normalmente durante il passaggio dal forame stilomastoideo. Durante la progressione vengono colpiti anche gli altri n.c. in sequenza, IX, X, XI nel tratto di passaggio nel forame ovale e il XII nel passaggio nel canale ipoglosso. Il V e VI possono essere colpiti in seguito all'estensione all'apice petroso. In seguito compaiono anche le complicanze intracraniche come meningiti, ascesso cerebrale e trombosi del seno durale.
[img]http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/immagini/otiteestcriteri.gif[/img]

La diagnosi precoce, in caso di sospetto, è basata sulla scintigrafia con Gallio o Tecnezio che ha una sensibilità del 100%, ma una scarsa specificità. (10)
Si può affermare che, in caso di positività, entro le prime 24 ore, della scintigrafia ossea non si può affermare con assoluta certezza che si tratta di Otite Esterna Maligna in quanto occorre la presenza dei criteri maggiori.
Una scintigrafia ossea negativa è sufficiente ad escludere la Otite Esterna Maligna. Valore predittivo negativo del 100%.

[b]Clinica[/b]

Dolore e Otorrea sono i due segni cardinali. La febbre è sempre assente.Il fastidio auricolare può andare dal semplice prurito al dolore grave che impedisce il sonno. E' presente anche un certo grado di tumefazione delle parti molli che causano sensazione di orecchio chiuso e ipoacusia. L'osservazione del condotto auricolare è difficile in questi casi per la presenza di secrezione e tumefazione. L'ideale è l'osservazione con microscopio diagnostico che permette la visione binoculare e la pulizia che con l'otoscopio sarebbe imposibile. La pulizia è essenziale per permettere di differenziarla dalla otite cronica perforata riacutizzata, dalla otite cronica colesteatomatosa e di visualizzare reperti in grado di aiutare la diagnosi. La pulizia del condotto è importante anche perché permette alle gocce otologiche di distribuirsi uniformemente nel condotto evitando l'effetto barriera delle secrezioni. La metodica consiste nell'uso di un aspiratore chirurgico munito di cannula auricolare curva dopo aver lavato il condotto prima con acqua ossigenata che permette il distacco delle secrezioni e poi con soluzione fisiologica. In alternativa è possibile usare un portacotone (bastoncino metallico con punta zigrinata dove viene arrotolato un po di cotone) e facendolo girare dolcemente nel condotto più volte si asportano le secrezioni. Una volta pulito il condotto, è possibile osservare i particolari della menbrana timpanica che

normalmente non presenta anomalie, ma è possibile trovare perforazioni. Se il timpano è arrossato allora è importante differenziare la diagnosi con l'OMA usando un'otoscopio pneumatico o meglio ancora una impedenzometria. La presenza di anomalie del timpano o di perforazioni ci permetteranno, con la storia clinica, di differenziare la diagnosi con l'otite cronica perforata riacutizzata.
[img]http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/immagini/otitemic.png[/img]

E' possibile fare diagnosi immediata di otite esterna micotica per la presenza di ife fungine o la presenza di spore nerastre (simili a palline nerastre raggruppate) dell'Aspergillus. E' buona norma rivedere il paziente dopo qualche giorno per pulire di nuovo il condotto e osservare se il quadro è cambiato oppure ci è sfuggito qualcosa a causa della abbondante secrezione e controllare la risposta alla terapia.
Se la pulizia è impossibile, per il dolore e la tumefazione, specialmente se si tratta di bambini poco collaboranti, è buona norma rivedere il paziente con follow-up frequenti. Non bisogna mai dimenticare un buon esame obiettivo del distretto cervico-faciale compreso l'esame dei nervi cranici in particolare il VII che devono essere alla portata di qualunque generalista.[b]Terapia[/b]

Una recente revisione sistematica (19) ha cercato di chiarire lo stato dell'arte attraverso la revisione degli studi. Importante per una rapida risoluzione dei sintomi e della malattia è la pulizia del condotto da eseguirsi come detto sopra.
Nella stragrande maggiorana dei casi la terapia topica con gocce otologiche è sufficente. La terapia sistemica è lasciata ai casi resistenti o alle forme maligne o in caso di soggetti immunocompromessi e diabetici, ma anche in questi casi un approccio iniziale con sole gocce otologiche è da preferire. Dipende dalla esperienza personale, non esiste una regola fissa. Parlo per esperienza personale. (20)

[b]Quali gocce otologiche sono da preferire?[/b]

La revisione sistematica indica che non esistono differenze tra antibiotici e antisettici topici; non esistono differnze tra antibiotici chinolonici e non chinolonici; tra associazione di antibiotici + steroide e solo antibiotici.
Va però notato che nel Giugno 2000 una Consensus Conference dell'American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (AAO-HNS) ha raccomandato l'uso dei chinoloni topici come farmaci di prima linea nel trattamento delle infezioni dell'orecchio. (Tab.1-2)
Ofloxacina e Ciprofloxacina sono stati approvati dalla FDA dal 98 con l'indicazione per l'otite esterna e media con e senza perforazione e per il controllo dell'infezione in caso di inserimento di catetere transtimpanico per l'otite secretiva cronica in adulti e bambini da 1 anno.(11-12)
[img]http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/immagini/otiteesttab1.gif[/img][img]http://www.pillole.org/public/aspnuke/downloads/immagini/otiteesttab1.gif[/img]In Italia non esistono preparati otologici a base di chinoloni e allo scopo si usano i colliri come l'Exocin collirio a base di Ofloxacina al 0.3%(Exocin coll.) o di ciprofloxacina allo 0,3% (Oftacilox coll.).
L'efficacia clinica è simile o superiore agli aminoglicosidi.

Sono più sicuri rispetto agli aminoglicosidi e da quale età si possono usare?
Gli studi clinici su modelli animali prima, e poi sull'uomo compresi i bambini hanno dimostrato la sicurezza di impiego associata alla facilità d'uso rispetto agli aminoglicosidi. (13-14-15) Questi ultimi andrebbero evitati in caso di perforazione del timpano per la loro ototossicità intrinseca. (16)

Nelle Otiti esterne micotiche l'American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery (AAO-HNS)consiglia i seguenti prodotti:
Prima scelta: Acido borico al 3% o Acido acetico al 2% in 70% di alcool isopropile. In alternativa: Iodio-Povidone (Betadine) - Violetto di genziana al 2% in 95% alcool - Acido borico/iodio in polvere - Clotrimazole. Nei casi resistenti si usa l'Argento Nitrato al 1%.
Bibliografia essenziale

1. Peter S. Roland, MD; David W. Stroman, PhD. Microbiology of Acute Otitis Externa. The Laryngoscope, 2002;112:1166-1177

2. Garcia-Martos P, Delgado D, Marin P, Mira J. Enferm Infecc Microbiol Clin 1993 Nov;11(9):487-9. [Analysis of 40 cases of otomycosis]. Medline

3. Hurst WB. J Laryngol Otol 2001 Nov;115(11):879-80. Outcome of 22 cases of perforated tympanic membrane caused by otomycosis.

4. Clark WB, Brook I, Bianki D, Thompson. DH Otolaryngol Head Neck Surg 1997 Jan;116(1):23-5. Microbiology of otitis externa. Medline

5. Ilse A van Asperen, Carolien M de Rover,Jack F Schijven. Risk of otitis externa after swimming in recreational fresh water lakes containing Pseudomonas aeruginosa. BMJ 1995;311:1407-1410. Full Text

6. Pigatto PD, Bigardi A, Legori A, Altomare G, Troiano L. Acta Derm Venereol 1991;71(2):162-5. Allergic contact dermatitis prevalence in patients with otitis externa. Medline

7. Rubin J, Yu VL, Stool SE. J Pediatr 1988 Dec;113(6):965-70. Malignant external otitis in children. Medline

8. al Dousary S, Attallh M, al Rabah A, al Ammar A, Gaafar M. Otolaryngol Pol 1998;52(1):19-22. Otitis externa malignant. A case report and review of literature. Medline

9. Cohen D, Friedman P. J Laryngol Otol 1987 Mar;101(3):216-21. The diagnostic criteria of malignant external otitis. Medline

10. http://www.uhrad.com/spectarc/nucs003.htm

11. Dohar JE, Garner ET, Nielsen RW, Biel MA, Seidlin M. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999 May;125(5):537-45. Topical ofloxacin treatment of otorrhea in children with tympanostomy tubes. Medline

12. Ruben RJ. Pediatr Infect Dis J 2001 Jan;20(1):108-10; discussion 120-2
Efficacy of ofloxacin and other otic preparations for otitis externa. Medline

13. Simpson KL, Markham A. Drugs 1999 Sep;58(3):509-31. Ofloxacin otic solution: a review of its use in the management of ear infections. Medline

14. Jones RN, Milazzo J, Seidlin M. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997 Nov;123(11):1193-200. Erratum in: Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998 Jun;124(6):711. Ofloxacin otic solution for treatment of otitis externa in children and adults. Medline

15. Barlow DW, Duckert LG, Kreig CS, Gates GA. Acta Otolaryngol 1995 Mar;115(2):231-5. Ototoxicity of topical otomicrobial agents. Medline

16. Marais J, Rutka JA. Clin Otolaryngol 1998 Aug;23(4):360-7. Comment in: Clin Otolaryngol. 1998 Aug;23(4):289-90. Ototoxicity and topical eardrops. Medline

17. NANCY E. MORDEN, M.D., and ETHAN M. BERKE, M.DTopical Fluoroquinolones for Eye and Ear.
Am Fam Physician 2000;62:1870-6. Full Text

18. Otitis Externa: A Practical Guide to Treatment and Prevention. Am Fam Physician. 2001 Mar 1;63(5):927-36, 941-2
http://www.aafp.org/afp/20010301/927.pdf

19. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngology-Head and Neck Surgery (2006) 134, S4-S23
http://www.entlink.net/qualityimprovement/upload//AOE%20Guideline.pdf

20. Otitis Externa: Review and Clinical Update. American Family Physician November 1, 2006 ? Volume 74, Number 9
http://www.aafp.org/afp/20061101/1510.pdf