

COMUNICACIÓN BREVE

Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora"

Otitis externa maligna: enfermedad de Chandler

Dra. Francisca Santisteban Aguilera ¹

La otitis externa maligna (OEM) fue descrita por primera vez por Meltzer y Kelemant en 1959 y desde entonces ha cambiado de denominación en múltiples ocasiones. Se trata de una grave infección que se produce en el conducto auditivo externo, fundamentalmente en pacientes con diabetes mellitus, ancianos e "inmunocomprometidos", incluyendo a los portadores de VIH-SIDA.

A los efectos, la infección pasa a través de las cisuras de Santorini, en la unión de la parte ósea con la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo hasta los tejidos subtemporales, llegando a la parótida y articulación temporomandibular, aunque puede alcanzar también el agujero estilomastoideo y lesionar el nervio facial; mientras que los pares IX, X y XI serán agredidos en el avance hacia el agujero rasgado posterior e incluso pueden provocar una osteomielitis de la base del cráneo.

Esta lesión es causada principalmente por la *Pseudomonas aeruginosa* y se caracteriza por la presencia de un tejido de granulación en el piso del conducto. Las graves complicaciones que pueden generarse en esta enfermedad, a pesar de no tratarse de una neoplasia maligna, han sido la causa de las frecuentes denominaciones de las que ha sido objeto.

Chandler ¹ presentó en 1968 una serie de 13 pacientes con dicha enfermedad y teniendo en cuenta la resistencia a los antibióticos y a su capacidad de invadir los tejidos vecinos, que originó parálisis nerviosas y condujo muchas veces a la muerte, decidió añadirle a la denominación de otitis externa del diabético, la de otitis externa **maligna**, mientras que Farrior sugirió los términos **osteítis necrotizante** (en nuestro medio *necrosante*) para describir la agresividad de la infección que era capaz de destruir el hueso. ²

Evans y Richards ³ estiman que los cambios que se producen en el oído y hueso temporal del paciente con otitis externa maligna constituyen el equivalente otológico de la gangrena diabética; aunque también consideran que la enfermedad debía ser nombrada **necrotizante** en lugar de maligna, puesto que apuntaría hacia una génesis neoplásica.

Dorozhazni *et al* ⁴ utilizan el término **invasiva**, Cohn ⁵ prefiere identificarla como **progresiva** y Morales *et al* ⁶ son partidarios de prescindir del adjetivo **externa**, por cuanto en muchos casos esta afección invade el oído medio y la base del cráneo.

Actualmente este proceso se conoce como **osteomielitis de la base del cráneo**; ⁷ pero, a mi juicio, esta denominación expresa solo un estadio de la enfermedad.

Desde la trascendental monografía de Chandler en 1968, esta enfermedad ha continuado llamando la atención de los investigadores de todo el mundo y hoy en día existen innumerables publicaciones donde se describen casos aislados de la afección o pequeñas casuísticas, pues para la mayoría de los autores se trata de una rara infección; sin embargo, los estudios de línea investigativa sobre esta entidad han demostrado que a pesar de diagnosticarse en 90 % de los diabéticos, puede aparecer en personas con diferentes alteraciones del sistema inmunitario. ⁸

Chandler realizó una magnífica descripción de las características de la piel del diabético y los cambios vasculares que se producen en ella, a la vez que dejó clara la formación del granuloma del conducto y las consecuencias de su crecimiento y extensión; pero también se refirió a los factores predisponentes que actúan en el conducto para generar esta enfermedad, así como al protagonismo de la *Pseudomonas aeruginosa* en el origen del proceso e hizo una atinada correlación entre el daño existente en los vasos sanguíneos del diabético y el que producen las exotoxinas liberadas por el citado microorganismo. ^{1,9}

Este autor creó una técnica quirúrgica que aplicó en sus pacientes y si bien ahora se defiende cada vez más el criterio de prescindir de la operación en esta entidad, fue un reto que asumió para salvar a aquellos ancianos debilitados por la enfermedad, que además ponía en peligro sus vidas. Ya

en 1977 señaló que la cirugía mayor debía reservarse para casos excepcionales y que el tratamiento idóneo era el basado en antimicrobianos.⁸ Además de desarrollar importantes estudios sobre las alteraciones provocadas por una osteomielitis de la base del cráneo en la evolución de la otitis externa maligna del diabético, detalló minuciosamente las características de la parálisis facial que suele asociarse a esta afección.⁹⁻¹²

Fundamentación de una propuesta para el cambio

Teniendo en cuenta la antigua denominación de la enfermedad, es evidente que en su producción no solo participa el oído externo, sino también el medio y la base del cráneo, lo cual fue también descrito por Chandler.

La calificación de **maligna** sustentada en la resistencia de la *Pseudomonas aeruginosa* a los antimicrobianos usados, a la inexorable aparición de parálisis nerviosas y a un elevado porcentaje de defunciones, hoy día se ve atenuada por el gran desarrollo de los medios de diagnóstico, el mejor conocimiento de la evolución del mal y la introducción de nuevas líneas terapéuticas, donde se incluyen las quinolonas y cefalosporinas de III y IV generaciones, asociadas a los aminoglucósidos, han dado un vuelco total al pronóstico de este trastorno.

Por las razones antes expuestas considero que la denominación de **otitis externa maligna del diabético** se aparta del patrón de la entidad nosológica, de manera que sobre la base de la imprescindible información aportada por el citado investigador al conocimiento de la infección, propongo que sea identificada como **enfermedad de Chandler**.

Referencias bibliográficas

1. Chandler JR. Malignant external otitis. Laryngoscope 1968 ; 78:1257-94.
2. Mallea I, Sánchez F, Marco J. Otitis externa maligna. Acta Otorrinolaringol Esp 1984; 3:148-52.
3. Evans TJ, Richards ST. Malignant (necrotizing) external otitis. J Otolaryngol Otol 1973; 87: 13-20.
4. Doroghazi RM, Nadol JB, Hyslop EN, Baker AS, Avelrad L. Invasive external otitis. Report of 21 cases and review of the literature. Am J Med 1981; 71:603-14.
5. Cohn AM. Progressive necrotizing otitis. Arch Otolaryngol 1974; 99:1369-73.
6. Morales H, Licea Puig J, Perera D. Otitis maligna del diabético: nuestra experiencia y revisión de la literatura. Rev Cubana Endocrinol 2002; 13(1):7-16.
7. Ohta H, Yulaka Y, Norabayashi I. Malignant external otitis (*Pseudomonas* osteomyelitis of the temporal bone). Ann Nuclear Med 2006; 698.
8. Chandler JR. Malignant external Otitis. Further considerations. An Otol Rhinol Laryngol 1977; 86(4): 417-28.
9. ----. Pathogenesis and treatment of facial paralysis due to malignant external otitis. An Otol Rhinol Laryngol 1972; 81(5): 648-58.
10. ----. Malignant external otitis and facial paralysis. Otolaryngol Clin North Am 1977; 7(2): 375-83.
11. Chandler JR, Grabrian L, Quencer R, Serafini A. Osteomyelitis of the base of the skull. Laryngoscope 1986; 96(3):245-51.
12. Chandler JR. Malignant external otitis and osteomyelitis of the base of the skull. Am J Otol 1989; 10(2):108-10.

Dra. Francisca Santisteban Aguilera. Hermanos Marín No.111, reparto Veguita de Galo, Santiago de Cuba

¹ **Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Diplomada en Dirección de Salud No1. Profesora Asistente Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora"**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Santisteban Aguilera F. Otitis externa maligna: enfermedad de Chandler [artículo en línea]. MEDISAN 2007;11(3). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san15307.htm> [consulta: fecha de acceso].