

DIABETES Y OTITIS

(UNA COMPLICACION RARA DE LA DIABETES MELLITUS, LA OTITIS EXTERNA MALIGNA)

Ma. Socorro Villegas R.*

I. INTRODUCCION:

La presente revisión pretende llamar la atención sobre una entidad clínica llamada OTITIS EXTERNA MALIGNA, y que se da básicamente en la población diabética, siendo la incidencia de este problema la Diabetes muy elevado en Costa Rica. (3). Y, aunque la OTITIS EXTERNA MALIGNA es rara, debemos pensar en esta posibilidad ante un paciente diabético que presenta un problema otológico, pues la evolución es rápidamente progresiva hacia la muerte, de allí su denominación. La OTITIS EXTERNA MALIGNA es una forma severa de infección que se presenta más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, diabéticos insulín dependientes catalogados como diabéticos tipo I según la nueva clasificación (The National Diabetes Data Group Classification Information) (2) (3). Ocasionalmente se presenta en pacientes con Leucemia Linfocítica crónica o Granulocitopenia. Como agente etiológico se ha involucrado a la *Pseudomonas Aeruginosa*. La primera comunicación la realizó Chandler en el año 1969 en Florida, donde la población geriátrica es grande. La enfermedad comienza como una otitis externa, con otalgia severa y otorrea constante que no cede con el tratamiento habitual. En la otoscopia encontramos el conducto auditivo externo edematoso, friable, con tejido de granulación en la unión huesocartílago, y, secreción amarillenta fétida. La enfermedad evoluciona rápidamente

como una osteomielitis del hueso temporal y base de cráneo, incluyendo un componente vasculítico importante produciendo trombosis venosa, parálisis facial y de otros nervios craneales (X, XII), meningitis y muerte. La enfermedad produce una morbimortalidad elevada, la cual ha mejorado con el manejo cuidadoso de la diabetes y el uso de nuevos antibióticos. El tratamiento debe iniciarse tan pronto como se sospeche el problema a base de Gentamicina o Tobramicina IV o IM a dosis de 1.5 a 2 mg/Kg c/8 hrs más Carbenicilina 3-4 g c/3 hrs durante 4-6 semanas. Es importante monitorizar al paciente por daño renal por aminoglicósidos, remover tejido necrótico del canal y mantenerlo compensado de su problema metabólico. En casos severos es necesario realizar cirugía amplia del hueso temporal como si se tratase de un tumor.

II. REPORTE DE UN CASO:

Reportamos el caso de una paciente de 53 años de edad, que ingresó al servicio de ORL del Hospital San Juan de Dios en agosto de 1983, conocida diabética desde los 26 años de edad, usando insulina NPH, con antecedentes familiares importantes de Diabetes en su madre, una hermana y dos sobrinas. Portadora además de Cardiopatía Isquémica. Con historia de varios ingresos previos por descompensación severa que ameritó seguimiento en la unidad de cuidado intensivo. Esta paciente inició su padecimiento con mareos 7 meses antes de ingresar. Posteriormente presentó otalgia severa irradiada a región mandibular izquierda con parestesia de dicha zona, acompañada de otorrea amarillenta e hipoaacusia izquierda recibiendo múltiples tratamien-

* Asistente ORL, Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, San José, Costa Rica.

tos sin obtener respuesta. Tres días previos tuvo parálisis facial izquierda. Al examen se encontró una paciente en regulares condiciones generales, decaída, sin antecedentes de otitis, con PA: 110/70 y T: 37 °C. Con parálisis facial periférica izquierda y secreción amarillenta en el conducto auditivo del cual se toma muestra para frotis y cultivo, y, en el tercio medio del canal había una lesión polipoide, friable, de la que se toma muestra para biopsia. El resto del examen fue negativo. Los exámenes de laboratorio resultaron normales, excepto la glicemia del ingreso de 336 mg/dl. RX tórax con cardiomegalia grado I. EKG con bloqueo de rama izquierda del haz de his de grado avanzado más hipertrofia ventricular izquierda. RX senos paranasales normales. RX de hueso temporal con disminución de la neumatización de mastoides izquierda por mastoiditis. Audiometría con leve sordera conductiva en oído izquierdo asociada a obstrucción por pólipo y otorrea. En el cultivo se aisló pseudomona y la biopsia reveló tejido de granulación. Con estos datos se hace el diagnóstico y se inicia tratamiento a base de Carbenicilina 5 g c/6 hrs IV mas Gentamicina 60 mg c/8 hrs, ambos durante 17 días, en el transcurso de los cuales hubo mejoría notable con recuperación completa de su parálisis facial, siendo difícil controlar su problema metabólico (hipoglicemias en las tardes e hiperglicemias en las mañanas), sus glicemias oscilaron entre 48 y 578 mg/dl, por lo que la paciente permanece internada iniciando 8 días después nuevamente con otorrea, otalgia y tejido de granulación en el conducto auditivo externo, siendo necesario reiniciar régimen de antibióticos durante 4 semanas compensándose de su diabetes y desapareciendo su otitis.

III. COMENTARIO:

LA OTITIS EXTERNA MALIGNA es una entidad que se presenta en un paciente diabético insulino dependiente (tipo I), de edad avanzada, con otitis externa persistente que no cede con el tratamiento convencional, y, en el que se logra aislar en el cultivo *Pseudomona* como germen causal. En este caso tenemos una paciente diabética tipo I de 53 años que inicia cuadro de otalgia severa izquierda, edema del conducto, tejido de granulación y parálisis facial. Como podemos apreciar, en la presente revisión el tratamiento a base de Gentamicina y Carbenicilina instaurado tempranamente fue satisfactorio, no ameritando tratamiento quirúrgico. Es importante tener en

cuenta esta entidad en todo paciente diabético insulino dependiente para poder así dar un tratamiento precoz evitando las complicaciones y eventualmente la muerte del paciente.

IV. RESUMEN:

Se presenta el caso de una paciente diabética tipo I con cuadro de "OTITIS EXTERNA MALIGNA". Se hace notar la importancia de conocer y sospechar esta complicación de la Diabetes en forma temprana. Se hace énfasis en la necesidad de un tratamiento enérgico a base de Gentamicina y Carbenicilina en dosis masivas, con el fin de no tener que recurrir a la cirugía, la cual a veces es necesaria, ya que, se trata de una complicación de la Diabetes Mellitus que puede conducir a la muerte del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Boies L. et al. Enfermedades del oído, vías nasales y laringe. Editorial Interamericana. 5ta edición, 1980, pp 147.
- 2.- Corcoran John G. MD., Stanton G. AX. Line MD. Infectious Diseases in the geriatric patient. The Otolaryngologic Clinics of North America. 15:2, My. 1982 pp 421-427.
- 3.- Genuth Saul MD. Clasification And Diagnosis of Diabetes Mellitus. Medical Clinics of North America. Vol 66: 6 Nov. 1982, pp 1191-1208.
- 4.- Mader Joh T MD., Love J. Thom MD. Cure with Adjunctive Hyperbaric Oxygen Therapy. Malignant External Otitis. Archives of Otolaryngologic. Vol. 108:2, 1982. pp 38-40.
- 5.- Memorias de las Conferencias del XIV Curso Panamericano para Graduados, Diabetes Mellitus en Medicina General. Litog. Costa Rica. Set. 1982, pp 19-22.