

### Che cos'è l'otite esterna?

Si tratta di un'infezione acuta del canale uditivo esterno, che si esprime clinicamente con un quadro abbastanza tipico dominato dal dolore ai movimenti del padiglione auricolare. Il canale uditivo esterno nel bambino è formato nei suoi 2/3 esterni da tessuto cartilagineo, ricoperto da uno strato dermico con tessuto sottocutaneo sottostante che contiene follicoli piliferi, ghiandole sebacee e ghiandole apocrine. Le ghiandole sebacee producono una secrezione molto vischiosa che si unisce a quella più fluida e pigmentata derivante dalle ghiandole apocrine e alle cellule epiteliali esfoliate a formare il cerume. In virtù delle sue proprietà idrorepellenti e del suo pH acido, il cerume riveste un ruolo protettivo fondamentale nei confronti degli insulti esterni e soprattutto dell'azione di germi patogeni, ostacolati appunto dall'acidità.

### Che germi si isolano?

In circa il 30% degli individui dall'esame colturale del materiale prelevato dal condotto uditivo esterno non è possibile isolare alcun germe; nel 50% dei casi cresce lo *Staphylococcus epidermidis*, nel 3% lo *Staphylococcus aureus*, nel 5-10% lo *Pseudomonas aeruginosa* e nel 30% l'*Aspergillus niger* o la *Candida*. Stafilococco e *Pseudomonas* sono i due principali patogeni effettivi.

### A chi viene, quando e perché?

Esistono alcuni fattori che potremmo definire favorenti<sup>1</sup>, in presenza dei quali è più facile che insorga un quadro di otite esterna (Tabella I). I principali sono la temperatura elevata, l'umidità, la macerazione della cute, l'alcalinizzazione del pH, i traumi e la contaminazione batterica diretta (di solito attraverso acqua contaminata o tappi per le orecchie). Inoltre, alcune caratteristiche soggettive come un condotto uditivo costituzionalmente stretto o la presenza di una dermatite seborroica, facilitando l'ostruzione del canale, possono aumentare il rischio. Sulla base di questi fattori si distinguono grossolanamente due diverse categorie di otiti esterne acute: una legata all'aumento della temperatura e dell'umidità, tipica della stagione estiva quando i bambini vanno al mare, che è sostenuta prevalentemente dallo *Pseudomonas* e si riscontra anche al di fuori della stagione balneare nei bambini che frequentano le piscine, dove oltre all'azione dell'acqua e dell'umidità interviene l'alcalinizzazione del cerume mediata dal cloro. La seconda forma dipendente da traumi locali, di cui il più tipico è quello provocato dall'uso dei bastoncini di cotone per l'igiene delle orec-

## L'otite esterna acuta

IRENE BERTI

Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

chie, su cui si sovrappone un'infezione di solito da stafilococco aureo.

### Come si fa la diagnosi?

Il sintomo guida è il dolore evocato dalla compressione e dai movimenti del padiglione auricolare. Il bambino tipicamente rifiuta di appoggiare il capo sul cuscino dal lato coinvolto. Il dolore può essere molto importante e rende spesso difficoltoso l'esame otoscopico, proprio perché la trazione del padiglione necessaria per rettilinizzare il condotto uditivo, provoca una netta esacerbazione del sintomo. Questo dato è molto significativo per la diagnosi differenziale con l'otite media acuta e, an-

che se di per sé l'otoscopia è poco indicativa, il vivo dolore evocato dall'inserimento dello strumento del condotto uditivo è particolarmente tipico. Il canale uditivo è mal esplorabile essendo edematoso, eritematoso, con pareti ispessite, occupato da una secrezione fluida biancastra e il più delle volte non è possibile visualizzare la membrana timpanica, che comunque di solito è integra o appena opacata. A ogni modo la presenza di questi segni locali suggerisce con forza la diagnosi.

Possono essere presenti dei linfonodi periauricolari e soprattutto preauricolari. La diagnosi differenziale principale è con l'otite media acuta (Tabella II), ed è general-

#### FATTORI FAVORENTI L'OTITE ESTERNA

Fattori favorenti	Germe
Temperatura elevata	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Umidità	
pH alcalino (cloro, saponi)	
Macerazione della cute (acqua)	
Contaminazione batterica (acqua contaminata, tappi)	<i>Staphylococcus aureus</i>
Trauma locale	

Tabella I

#### DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA OTITE ESTERNA E OMA

	Otite esterna	Otite media acuta
<b>Storia</b>	Acqua/umidità/cloro Trauma locale	Infezione concomitante delle alte vie respiratorie
<b>Sintomi</b>	Vivo dolore ai movimenti del padiglione auricolare, ingravescente, persistente	Dolore acuto che recede spontaneamente dopo qualche ora, febbre, sintomi respiratori
<b>Otoscopia</b>	<i>Poco informativa:</i> impossibilità a visualizzare il timpano per il dolore provocato tendendo l'orecchio e per l'ostruzione del canale	<i>Molto informativa:</i> membrana timpanica con caratteristiche specifiche (opacamento, estroflessione, iperemia, perdita dei punti di repere...)

Tabella II

mente semplice se si fa riferimento a tutte le caratteristiche elencate: prima di tutto ci aiuta la storia (piscina, caldo, trauma locale...), poi il dolore che non è spontaneo ma provocato dalla manipolazione dell'orecchio esterno; dura a lungo (giorni) ed è ingravescente, e ovviamente l'otoscopia (il timpano non è arrossato e comunque spesso non è visibile a causa dell'edema e della secrezione che occupano il canale).

### Come si tratta?

L'infezione, nella grande maggioranza dei casi, risponde rapidamente alla terapia locale a base di preparati che contengono antibiotici e steroidi in combinazione. I principi attivi più comunemente usati in queste formulazioni sono la polimixina, attiva sui Gram negativi (*Pseudomonas*) e la neomicina che possiede un'azione antistafilococcica. La funzione dello steroide è mirata sulla riduzione della flogosi (edema, dolore)<sup>2</sup>. Il composto di associazione polimixina, neomicina e cortisone universalmente più utilizzato è l'Otosporin.

Le gocce otologiche vanno applicate ripetutamente durante la giornata (ogni 3-4 ore) fino a risoluzione del quadro. Solitamente dopo 2-3 giorni è già visibile un netta riduzione dell'edema e si assiste alla regressione del dolore<sup>3</sup>. Nel caso in cui il condotto uditivo esterno risulti particolarmente edematoso può essere inserito uno zaffo nel suo terzo esterno in modo da facilitare la permanenza del farmaco in loco.

In alcuni casi, fortunatamente rari, non vi è risposta al trattamento topico e i sintomi si fanno ingravescenti e importanti con dolore vivo, massivo, edema dei tessuti retroauricolari che sposta il padiglione auricolare in avanti (in un quadro clinico simile a quello di una otomastoidite), febbre, linfadenopatia. Diventa allora necessario ricorrere a una terapia per via generale.

La scelta del farmaco è guidata dall'eziopatogenesi: gli antibiotici più utilizzati sono le cefalosporine di I generazione per lo stafilococco, i chinolonici (ciprofloxacina) e il ceftazidime per lo *Pseudomonas*, o gli aminoglicosidi attivi teoricamente su entrambi i germi. La ciprofloxacina, anche se esistono dei dubbi sul suo utilizzo in età pediatrica, è sicuramente efficace contro lo *Pseudomonas* e ha il vantaggio di poter essere somministrata per os e quindi permette di evitare una terapia per via parenterale. Va fatta attenzione alla fotosensibilità indotta dal farmaco.

Nei casi particolarmente severi e/o ricorrenti il bambino va riferito allo specialista. L'esecuzione di un tampone con esame colturale non è di solito utile, perché nella grande maggioranza dei casi si isolano entrambi i principali patogeni ed è difficile distinguere quale dei due sia effettivamente il responsabile dell'infezione e quale un semplice commensale. Il principale criterio guida per il trattamento resta quindi l'anamnesi, che indirizza facilmente anche sulla terapia più adeguata.

Una volta diminuita l'infiammazione, sono probabilmente utili dei lavaggi con acido acetico al 2%, soprattutto per ripulire il canale dai residui e per mantenere una medicazione locale. Viene inoltre riportata un'efficacia dell'applicazione locale di acido acetico nella prevenzione in bambini che vanno incontro a episodi ricorrenti (nuotatori, frequentatori abituali di piscine ecc.)<sup>2</sup>. In questi bambini anche accorgimenti banali come asciugare bene le orecchie una volta usciti dall'acqua ed evitare le manipolazioni inutili del condotto uditivo esterno possono aiutare a prevenire successivi episodi<sup>4</sup>.

Infine, nelle rare otiti esterne da miceti (otomicosi), vengono solitamente utilizzati antifungini locali, quali ad esempio il ticonazolo o l'econazolo, in formulazione lozione dermica o latte.

### Bibliografia

1. Murphy KM. A review of techniques for the investigation of otitis externa and otitis media. Clin Tech Small Pract 2001;16(4):236-41.
2. Brook I. Treatment of otitis externa in children. Paediatr Drugs 1999;1(4):238-9.
3. Ruben RJ. Efficacy of ofloxacin and other otic preparations for otitis externa. Pediatr Infect Dis J 2001;20(1):108-10.
4. Sander R. Otitis externa: a practical guide to treatment and prevention. Am Fam Physician 2001;63(5):927-36.

## DICIOTTESIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA

Perugia, 20-22 settembre 2002

### Venerdì 20 settembre

#### EDITORIALE

Advocacy in pediatria di famiglia G. Tamburlini (Trieste)

MALATTIE RARE: L'ESSENZIALE A. Ventura (Trieste)

LO SVEZZAMENTO "SCIENTIFICO" R. Bellù (Lecco)

#### GRUPPI DI LAVORO

Valutazioni e scelte nutrizionali nel primo anno di vita R. Bellù

Strategie di advocacy G. Tamburlini

Pediatria di tutti i giorni F. Panizon

### Sabato 21 settembre

IL DOLORE SENZA CAUSA L. Peratoner (Pordenone)

I DISTURBI DEL SONNO P. Mariotti (Roma)

LE EPATITI CRONICHE NON INFETTIVE G. Maggiore (Pisa)

#### GRUPPI DI LAVORO

Addormentamento difficile e risveglio frequente P. Mariotti

Gastroenterologia ed epatologia G. Maggiore, A. Ventura

Nefrologia L. Peratoner

### IL NEONATO DIMESSO PRECOCEMENTE

La visita L. Marolla (Roma)

Il sostegno ai genitori S. Conti Nibali (Messina)

QUO VADIS INFLUENZA? G. Bartolozzi (Firenze)

#### GRUPPI DI LAVORO

Vaccinazioni G. Bartolozzi

Allattamento al seno in pratica S. Conti Nibali

La presa in carico del neonato L. Marolla

### Domenica 22 settembre

#### LE NOVITÀ - TRE REGOLE PER OGNI MALATTIA

Semplificare e individuare i messaggi guida per nove malattie comuni

Atresia biliare, Epatite acuta, Litiasi biliare G. Maggiore

Stipsi, Appendicite acuta, Il lattante febbrile L. Peratoner

Cefalea, Tic, ADHD P. Mariotti

NOVITÀ IN PEDIATRIA F. Panizon (Trieste)

**Segreteria scientifica:** F. Panizon, A. Ventura (Trieste)

F. Passalacqua (Perugia, tel 075 5723650)

L. Piermarini (Terni, 0744 403172)

**Segreteria organizzativa:** Quickline sas

via S. Caterina da Siena 3, 34122 Trieste

Tel. 040 773737 - 363586 Fax 040 760590 cell. 333 5223519

e-mail: info@quickline.it