

OTALGIA

La otalgia o dolor de oído se produce por la estimulación dolorosa de las terminaciones nerviosas del propio oído, denominada otalgia primaria, o en una localización anatómica diferente, denominada otalgia refleja.

La sensibilidad dolorosa en el oído se recoge a través de ramas de los pares craneales V, VII, IX y X y los nervios cervicales C1, C2 y C3, hasta una región próxima al núcleo del tracto espinal en la médula. Cualquier estímulo doloroso recogido a través de ellos puede ser percibido como dolor otogénico. Un gran número de otros sitios anatómicos comparten con el oído una inervación dual. Existe una conocida asociación entre otalgia y cáncer (hasta el 19% según diversos estudios).

La historia clínica debe abarcar una cuidadosa revisión de la sintomatología otológica, alteraciones de la deglución, alteraciones rinosinusales, síndromes dolorosos cervicofaciales (mialgias, neuralgias, artritis), antecedentes traumáticos y estado cardiopulmonar.

La exploración cuidadosa del oído externo y medio reduce las posibilidades diagnósticas. La presencia de patología dérmica infecciosa o inflamatoria de pabellón, conducto auditivo y tímpano, como vesículas, erupciones, edema, etc., llevan a un diagnóstico preciso en la mayoría de los casos. Su ausencia obliga a la exploración exhaustiva de cabeza y cuello, neuro-otológica y del tracto aerodigestivo. Atendiendo a la historia clínica, se realiza una cuidadosa exploración del cuello, la cavidad oral, endoscopia nasal, laringoscopia indirecta y/o fibroendoscopia. Si otros datos de la historia o la exploración sugieren patología intracraneal, del tracto aerodigestivo o cardíaca, se deben realizar estudios de imagen específicos o interconsultas con otros especialistas.

Los tumores del hueso temporal (meningiomas, glomus) y del ángulo pontocerebeloso, así como la parálisis facial de Bell -más frecuente- no suelen ofrecer hallazgos exploratorios.

1. En ausencia de hallazgos exploratorios de interés, se debe considerar la posibilidad de neuralgias, es decir, la irritación de

las ramas nerviosas sin un estímulo doloroso. Los dolores de tipo lancinante en la distribución del nervio afectado aparecen con la afectación de la rama auriculotemporal del trigémino, en caso de neuralgia del geniculado (Ramsay-Hunt), y en la afectación de los nervios esfenopalatino y vidiano o del nervio de Jacobson (glosofaríngeo).

2. La causa más frecuente de otalgia refleja son las alteraciones dentarias. Predominan los trastornos de la articulación temporomandibular. En ocasiones se requiere consulta ortodóntica o maxilofacial.

En la cavidad oral y la orofaringe, la causa más frecuente de dolor referido es la faringoamigdalitis, aunque hay que contemplar la posibilidad de un carcinoma, entre ellos los tumores de amígdala y lengua.

3. Las sinusitis producen otalgia refleja a través de la segunda rama del trigémino. Otras fuentes son los puntos de contacto en la mucosa nasal (crestas septales). El tratamiento consiste en cirugía endoscópica.

4. Las ramas nerviosas del IX y X par recorren faringe, laringe, bronquios, esófago y corazón. Cualquier irritación a lo largo de su trayecto puede producir otalgia refleja, similar a la irritación de los nervios de Arnold y Jacobson.

5. La cervicoartrosis y el dolor muscular del trapecio y del esternocleidomastoideo producen irritación de las raíces cervicales en las áreas occipital y retromastoidea.