



## Impactación recurrente de cerumen. ¿Qué se esconde detrás?

M.<sup>a</sup> Jesús Redondo Granado<sup>a</sup>, Cristina Laserna del Gallego<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Rondilla I. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. España

<sup>b</sup>MIR-Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rondilla I. Valladolid. España.

Publicado en Internet:  
13-diciembre-2018

M.<sup>a</sup> Jesús Redondo Granado:  
[mredondogra@gmail.com](mailto:mredondogra@gmail.com)

### Palabras clave:

- Estenosis congénita del conducto auditivo externo
- Hipoacusia de conducción
- Impactación de cerumen

### Resumen

Se presentan los casos de dos niños de diez años con historia de impactación recurrente de cera en conductos auditivos, con hipoacusia leve ocasional. En la exploración otoscópica se apreció una estrechez de conductos auditivos externos que imposibilitaba la visualización de los tímpanos, incluso tras la limpieza de cerumen. Dicha estenosis no había sido evidente en las otoscopías previas a esta edad.

### Key words:

- Conductive hearing loss
- Congenital aural stenosis
- Wax impaction

### Abstract

We present the cases of two 10 year-old kids with recurrent earwax impaction in ear canals, with occasional mild hearing loss. Otoscopic examination revealed a narrowing of the external auditory canals, which made it impossible to visualize the tympana, even after the cleaning of the cerumen. This stenosis had not been noticeable in previous otoscopies.

### Earwax recurrent impaction. What lies behind it?

## INTRODUCCIÓN

La impactación de cera en los conductos auditivos es un problema frecuente, se encuentra entre un tercio y la mitad de los niños explorados mediante otoscopia<sup>1</sup>. Los síntomas que puede ocasionar son molestias, hipoacusia, mareo, acúfenos, infección e incapacidad para la adaptación a los audífonos. También implica riesgo de colesteatoma por descamación epidérmica<sup>2</sup>. La hipoacusia es el síntoma más frecuente y puede llegar a los 40-45 dB HL<sup>1</sup>. En aquellos pacientes en los que se encuentra tapón de cera de forma sistemática, dificultándose la

visualización del tímpano, podría subyacer una estrechez del conducto auditivo. En la práctica clínica, la estenosis congénita del conducto auditivo externo es infrecuente a excepción de los pacientes con síndrome de Down<sup>3</sup>.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Niño de diez años, entre cuyos antecedentes destaca impactación de cera en las exploraciones otoscópicas desde los cuatro años, con necesidad

Cómo citar este artículo: Redondo Granado MJ, Laserna del Gallego C. Impactación recurrente de cerumen. ¿Qué se esconde detrás? Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:375-7.

de frecuentes procedimientos de extracción de cerumen. A los siete años consulta porque en el medio familiar han apreciado que no oye bien, no corroborado en el ámbito escolar. Se realiza una prueba subjetiva de audición en consulta mediante repetición de números, que fue normal. Tres años después consulta de nuevo por hipoacusia. A la exploración se aprecian pabellones auriculares que dan la impresión de ser pequeños en relación con el tamaño de la cabeza. Los orificios de los conductos auditivos son pequeños, de 4 mm de diámetro, con cera impactada (Fig. 1). La visualización de los tímpanos con el otoscopio convencional resulta imposible incluso después de la extracción de cerumen (Fig. 2). El resto de la exploración física es normal. La somatometría corresponde a un percentil 25 en peso, P50 en talla y P90-95 de perímetro cefálico. Se realiza una interconsulta a Otorrinolaringología, donde se descartan anomalías asociadas de oído medio, la audiometría resulta normal. Como único tratamiento se pautan limpiezas periódicas de tapones en enfermería para evitar la hipoacusia de transmisión.

## Caso 2

Niño de diez años con antecedente de labio leporino incompleto izquierdo, intervenido quirúrgicamente a los dos meses de edad, con corrección estética posterior a los siete años. También consta irregularidad en la erupción dentaria (piezas extra-numerarias 21 y 22) y miopía. Además, ha padecido

otitis de repetición en los dos primeros años de vida, y tosferina a los ocho años. En las exploraciones otoscópicas realizadas en la infancia siempre constan tapones de cerumen en los conductos, más en el derecho. A los diez años consulta por sensación de hipoacusia. En la exploración se observan pabellones auriculares normales con orificios de conducto auditivos externos pequeños, de unos 6 mm de diámetro, con imposibilidad de ver los tímpanos debido al tamaño de los conductos y a la cera impactada. El resto de exploración física es normal. Somatometría: peso >P97, talla P97 y perímetro cefálico en P50. Se realiza interconsulta a Otorrinolaringología, sin apreciarse otras anomalías asociadas, y la audiometría es normal.

Figura 1. Orificio de conducto auditivo externo con cera impactada



Figura 2. Orificio auditivo externo pequeño, en el mismo paciente, tras la extracción de cera (con tracción anterior del trago para poder visualizarlo)



## DISCUSIÓN

La impactación de cera en los conductos auditivos es un problema frecuente en los niños, debido principalmente al pequeño tamaño de los conductos. Esta circunstancia, junto con la existencia de vello y la dificultad para inmovilizar al paciente, hace en ocasiones difícil la visualización del tímpano a esta edad. La historia natural de los dos casos presentados es similar, en ambos durante las otoscopias realizadas en la infancia se aprecia de forma recurrente impactación de cera y dificultad para visualizar tímpanos; sin embargo, no llamó la atención el tamaño de los conductos durante la infancia, tal vez por los motivos arriba indicados. Con el crecimiento de los niños, el tamaño pequeño de los orificios auditivos y de los conductos se hace más evidente, así como, en el caso 1, el tamaño pequeño de los pabellones auriculares. Asimismo, a partir de la edad escolar en ambos casos tuvieron disminución de la audición y sensación de taponamiento, que pueden ser de carácter leve y causados por la hipoacusia de transmisión por la impactación de cera en un conducto pequeño.

La estenosis del conducto auditivo externo puede ser congénita o adquirida, siendo la primera más relevante en la infancia. Es más frecuente en varones, y unilateral, en concreto en el oído derecho. Embriológicamente, el oído externo y medio derivan de los dos primeros arcos branquiales, de la primera hendidura ectodérmica y del primer saco endodérmico según la teoría de Wood y Jone<sup>2</sup>.

La reabsorción parcial del tapón meatal en la etapa gestacional, genera un conducto auditivo externo de estrechez variable. En la microotia y la atresia, el crecimiento del oído externo se detiene en el

primer trimestre del embarazo por causas no bien conocidas, de origen exógeno o genético<sup>2,3</sup>.

Existen diferentes clasificaciones según la intensidad, desde la completa (atresia) hasta grados variables de estrechamiento, el cual puede ser óseo o membranoso. También según el grado de dismorfismo de pabellones auriculares y del hueso temporal, y según la forma de presentación (síndromica, etc.)<sup>2</sup>. La membrana timpánica puede ser hipoplásica. Las malformaciones del oído pueden estar en relación con los genes que intervienen en la embriogénesis craneofacial, como en el síndrome de Down o el de Treacher Collins, entre otros<sup>2</sup>.

El conducto auditivo externo normal del adulto mide 2,5 cm de largo y entre 7 y 10 mm de diámetro. En los casos presentados la estrechez de los conductos no es grande, pero sí suficiente para ocasionar la sintomatología referida. No obstante, es recomendable descartar una alteración malformativa de oído medio, ya que pueden estar presentes en los pacientes con estenosis congénita del conducto auditivo externo, especialmente en los síndromes craneofaciales, como el caso 2, que asociaba labio leporino, así como en los síndromes polimalformativos; estas anomalías asociadas pueden constituir una causa añadida a la alteración de la función auditiva de estos pacientes.

El tratamiento quirúrgico solo sería necesario si así lo justifica la pérdida auditiva que no mejora con los procedimientos de extracción de cera<sup>4</sup>.

## CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benito Orejas JI, Garrido Redondo M, Velasco Vicente JV, Mata Jorge M, Bachiller Luque R, Ramírez Cano B. Extracción de cera de los oídos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e223-e231.
2. Orfila D, Tiberti L. Atresia congénita del oído y su manejo. *Rev Med Clin Condes*. 2016;27:880-91.
3. Beltrán Zavala E, Juaréz Nieto OJ. Enfermedades otológicas en pacientes con síntomas genéticos y malformaciones congénitas: experiencia en el Hospital Juárez de México. *An Orl Mex*. 2010;55:97-100.
4. Li C, Zhang T, Fu Y, Qing F, Chi F. Congenital aural atresia and stenosis: surgery strategies and long-term results. *Int J Audiol*. 2014;53:476-81.