



PATOLOGÍA ASOCIADA AL BAÑO EN PISCINA

1. Oreja de nadador

La oreja de nadador, también conocida como "otitis de las piscinas", es una enfermedad de origen infeccioso localizada en el conducto auditivo externo (CAE) o en el pabellón auricular.

Etiología

Se trata de una infección difusa de la piel del conducto auditivo externo, causada normalmente por bacilos gramnegativos o por *Pseudomonas aeruginosa*. La máxima incidencia se da en los meses de verano y guarda relación con el baño y la frecuencia de éste, así como con la presencia de aguas contaminadas o excesivamente cloradas.

Factores predisponentes

➤ La humedad localizada en el CAE, que crea un caldo de cultivo favorable para el crecimiento de gérmenes, a lo que hay que sumar la maceración de la piel y las lesiones por rascado debidas al picor

➤ Ausencia de protección (lavado frecuente de oídos, escasa cantidad de cera, pH alcalino)

➤ Condiciones anatómicas desfavorables (CAE tortuoso o estrecho).

Clínica

- Dolor que suele ser intenso al mover el pabellón auricular
- Picor y sensación de ocupación del conducto
- Secreción purulenta
- Exploración muy dolorosa.

Tratamiento y prevención

➤ Para la prevención es útil la pincelación y secado del CAE con una solución de ácido acético en glicerina al 2% o alcohol boricado, al terminar el baño o el entrenamiento.

➤ En cuanto a los cuadros agudos, estos se suelen resolver con antibióticos tópicos en forma de gotas (ciprofloxacino, gentamicina) solos o en asociación con corticoides.

➤ En casos graves se usará la vía oral o parenteral.

2. Otitis externa micótica

Inflamación crónica o aguda del oído externo, causada por hongos, que aqueja a los nadadores. En ocasiones los hongos son los agentes primarios y en otras se añaden a infecciones bacterianas. Se suelen desarrollar en condiciones adecuadas de calor y humedad.

Figura 73.-
Otitis de
las piscinas.



Patología asociada al baño en piscina

Etiología

Los hongos responsables de las otomicosis pertenecen al género *Aspergillus* (*niger*, *flavus*, *fumigatus*), *Candida*, etc.

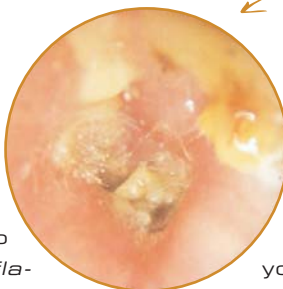


Figura 74.- Otomicosis.

Clínica

Los síntomas no suelen aparecer en el periodo inicial, sino cuando se produce la exfoliación. El más destacado es el picor.

El examen con el otoscopio suele revelar áreas de hiperemia con filamentos y esporas, y en el caso especial de los nadadores hay que sumar la presencia de masas de cera húmeda con escamas adheridas a la piel.

Tratamiento

- ➡ Limpieza del conducto auditivo
- ➡ Antifúngicos imidazólicos tópicos durante 10-15 días. A continuación y para impedir recidivas es conveniente secar el CAE después del baño con alcohol boricado.

3. Tinea pedis o «pie de atleta»

Es quizás la infección por dermatofitos mas común en los nadadores. Los más frecuente-

mente aislados son *Epidermophyton floccosum*, *E. rubrum* y *E. mentagrophytes* en su variedad interdigital. La infección se localiza con mayor frecuencia en el quinto espacio interdigital, que normalmente aparece macerado, húmedo y con fisuras que pueden ser dolorosas.

En ocasiones la infección puede extenderse a la superficie plantar de los dedos y del pie, y aparecen una escamas blanquecinas y finas que llegan a afectar a toda la superficie plantar (tiña "en mocasín"). Existe otra forma de infección aguda, constituida por vesículas agrupadas en la planta del pie, con inflamación importante.

Tratamiento y prevención

- ➡ Medidas higiénicas y correcto secado de los espacios interdigitales.
- ➡ La forma interdigital responde bien al tratamiento tópico con derivados imidazólicos (bifonazol, cotrimazol, ketoconazol, oxiconazol, etc.).



Figura 75.- Tinea pedis, forma interdigital.

- Las formas agudas y en mocasín precisan tratamiento oral.



Figura 76.-
Tinea pedis
(en mocasín).

4. Pitiriasis versicolor

Es otra de las micosis comunes en los nadadores, producida por levaduras *Malassezia furfur* y sus dos variantes *Pityosporum ovale* y *P. orbicularis*.

Las lesiones consisten en máculas de bordes bien definidos de color blanco, rosado o parduzco, y afectan principalmente al tórax, espalda y cuello. Las lesiones pueden confluir formando grandes áreas de contorno irregular.

La clínica suele ser suficiente para establecer el diagnóstico. Éste puede confirmarse realizan-

do un raspado de las lesiones y examinando las escamas con hidróxido de potasio al 30%, si se observan esporas redondeadas de pared gruesa y pseudohifas.

Tratamiento

- Los tratamientos clásicos con champús con sulfuro de selenio, aunque efectivos, han sido claramente sustituidos por los nuevos imidazoles, que resultan efectivos aplicados tópicamente durante 3 semanas.

- Para los casos recurrentes se está utilizando con éxito el itraconazol (2 comprimidos al día durante 7 días).

5. Intertrigo candidiásico y tinea cruris

Se trata de otras micosis frecuentes, debido a que sus factores predisponentes son:

- Sudoración intensa en el trabajo fuera del agua
- Maceraciones y erosiones de la piel.

- Uso de ropa ajustada a menudo contaminada, como bañadores.

- Alteraciones del pH de la piel.



Figura 77 y 78.-
Pitiriasis versicolor.

Patología asociada al baño en piscina

- Higiene inadecuada, en la que no se produce un secado correcto de los pliegues.

Tratamiento y prevención

- Mantener medidas higiénicas adecuadas.
- Tratamientos imidazólicos tópicos.



Figura 79.-
Tinea cruris.

