

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

81

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Jiménez Asín

Nombre: Ana

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: OTOMASTOIDITIS AGUDA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Centro de trabajo: Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba s/n. 28041. Madrid. España

Autores: A. Jiménez Asín, M. Betés Mendicute, N. Ureta Velasco. Expone: Ana Jiménez Asín

Texto:

Fundamento:

La mastoiditis aguda es una infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal, secundaria a una otitis del oído medio, en la que la inflamación inicial de la mucosa se extiende al tejido celular subcutáneo, pudiendo evolucionar a osteítis y abscesos subperiósticos. Es la complicación más frecuente de la otitis media aguda (OMA) (0.2%-2%), habiéndose incrementado su incidencia en los últimos años. Este aumento se ha relacionado con el uso de antibióticos de amplio espectro para el tratamiento de las OMA o una pauta inadecuada de los mismos, junto con un incremento de microorganismos resistentes. Sin embargo, ante una mastoiditis refractaria al tratamiento convencional, no debemos olvidar otras etiologías, como Mycobacterias, cada vez más frecuentes en nuestro medio ante el aumento de población procedente de áreas endémicas.

Objetivo:

Descripción de un caso de otomastoiditis tuberculosa diagnosticado en nuestro hospital en el último año.

Descripción clínica:

Niño de 3 años de edad, procedente de Venezuela, que presenta cuadro de 3 meses de evolución de tumoración retroauricular bilateral, otorrea y fiebre intermitente, refractario a tratamiento antibiótico convencional con Amoxicilina-clavulánico vía oral. A la exploración física presenta desplazamiento del pabellón auricular izquierdo con tumefacción retroauricular bilateral indolora a la palpación. A la otoscopia se objetiva perforación timpánica derecha y supuración abundante en CAE izquierdo que impide visualizar tímpano. Resto de la exploración, incluyendo valoración neurológica, dentro de la normalidad. En la analítica presenta 10900 leucocitos/ μ l (neutrófilos:45%; linfomonocitos: 52%) Hb: 11,3 g/dl ; VSG: 68 mm/h. Se realizaron serologías con los siguientes resultados: Ig G VEB positiva; Brucella, Toxoplasma, VHC, VIH y CMV negativas. Ante la sospecha clínica de mastoiditis, se realiza TAC, objetivándose aumento de partes blandas a nivel retroauricular izdo sugestivo de absceso. Ante estos resultados se inicia tratamiento intravenoso con Amoxicilina clavulánico y se realiza mastoidectomía izquierda con toma de biopsia. La baciloscopia del material obtenido resulta negativa. El estudio anatomopatológico detecta granulomas no necrotizantes y abscesificados, sin observar bacilos ácido alcohol resistentes en la tinción. Ante la sospecha de etiología micobacteriana, se realiza Mantoux siendo positivo (20 mm), y radiografía y TAC torácico que fueron normales. RM craneal con signos de osteítis sin otras alteraciones. Se inició tratamiento antituberculoso con 4 drogas (piracinamida, isoniacida, rifampicina, etambutol) con buena respuesta. La baciloscopia de jugos gástricos (3 muestras) resultó negativa. Sin embargo, los cultivos tanto de jugos gástricos como de la muestra obtenida de mastoidectomía fueron positivos para M. Tuberculosis.

Conclusiones:

1. La otomastoiditis tuberculosa es una entidad que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico, dada su baja frecuencia y su clínica insidiosa e indolora. La triada clásica consistente en otorrea crónica refractaria al tratamiento, perforación timpánica múltiple y parálisis facial periférica. Esta triada no siempre se presenta de forma completa.
2. Ante un niño con otorrea crónica refractaria a tratamiento antibiótico, especialmente si procede de un área endémica, debemos tener un alto nivel de sospecha de etiología tuberculosa.
3. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento temprano del riesgo de afectación del sistema nervioso central y el posible desarrollo de secuelas irreversibles.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**