

MASTOIDITIS AGUDA POR FUSOBACTERIUM NECROPHORUM

García Pinilla L., Martínez Ramírez C., Parra G., De Leon N., Casas Sepúlveda M., Romero De la Rosa I., Palomino Fernández L., Comino Monroy MJ., Rumbao Aguirre J.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La mastoiditis aguda (MA) es la complicación más frecuente de la OMA. Estudios recientes sugieren un aumento de su incidencia y de microorganismos causales menos frecuentes, como *F. necrophorum*. Las MA causadas por este microorganismo se asocian a cuadros más graves con complicaciones tanto extra como intracraneales, entre ellas el absceso subperióstico y las trombosis de senos venosos junto con la necesidad de realización de pruebas de imagen e intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Lactante de 22 meses con mucosidad, tos y fiebre de hasta 40.1°C de 6 días de evolución que comienza a los 3 días con otorrea purulenta izquierda. Astenia, hiporexia e irritabilidad asociada. En tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante las ultimas 24 horas.

En la EF destaca hiperemia faríngea, salida de exudado purulento por oído izquierdo y desplazamiento hacia delante del pabellón auricular izquierdo junto con dolor a la palpación y edema en zona retroauricular superior izquierda. En analítica sanguínea se objetiva leucocitosis con neutrofilia y PCR de 303.0 mg/L.

La paciente ingresa en planta con diagnostico de mastoiditis aguda y se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa. A los 4 días de su inicio, ante la persistencia de picos febriles y empeoramiento respecto a la exploración previa con aumento de extensión del edema retroauricular y presencia de eritema, se realiza TAC craneal. Se objetiva un absceso subperióstico temporal izquierdo, trombosis parcial del seno sigmoide, absceso epidural perisinus, osteolisis, osteomielitis temporal y trombosis yugular que se extiende a la porción extracraneal de la YI.

Se añade al tratamiento clindamicina iv, enoxaparina y se realiza drenaje del absceso subperióstico en quirófano junto con miringotomía y colocación de tubos de drenaje TT bilateral, creciendo en el cultivo *Fusobacterium necrophorum*.

Debido a la persistencia de secreción seropurulenta a través de punto dehiscente de la herida se realiza mastoidectomía simple 16 días después de la primera intervención. Tras 23 días con cefotaxima y 21 días con clindamicina intravenosas y ante mejoría clínica y normalización de parámetros de infección en analítica se da de alta a domicilio continuando 7 días con amoxicilina-clavulánico en domicilio y seguimiento posterior por ORL.

Leucocitos 17,530/ μ L; N 10,630/ μ L
Hb 8,2 g/dL Trombocitosis reactiva
PCR 97,69 mg/L

CEFOTAXIMA IV

Drenaje de secreción seropurulenta a través de punto dehiscente de herida

MASTOIDECTOMÍA SIMPLE

+ Ciprofloxacino ótico
+ metilprednisolona iv

DIAGNÓSTICO: MASTOIDITIS AGUDA

INGRESO (27 días)

ALTA A DOMICILIO

Recogida de exudado ótico

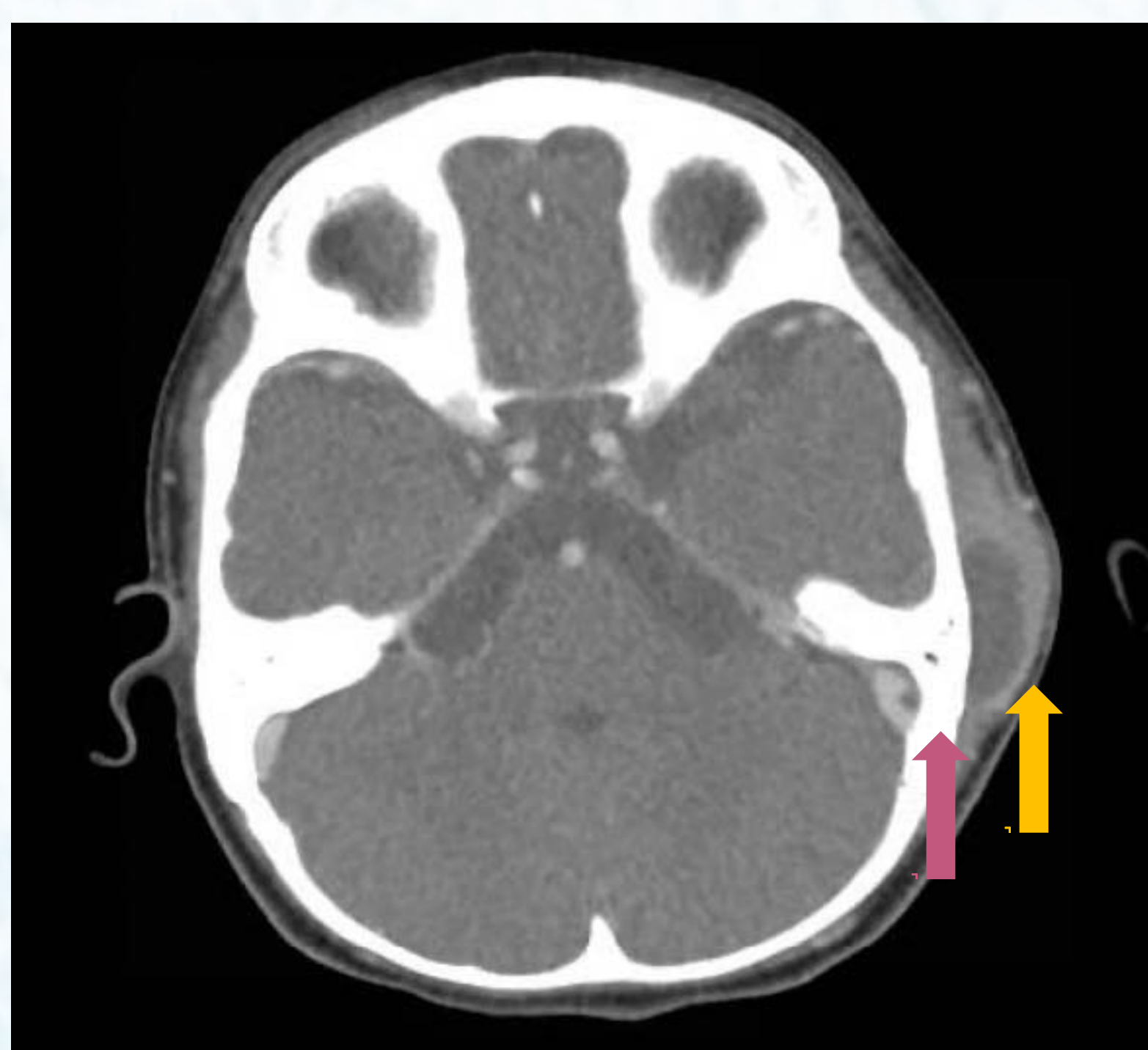
TAC craneal y de peñascos con contraste

- **CEFOTAXIMA + CLINDAMICINA IV**
- **Enoxaparina** a 1mg/kg c12h
- **Drenaje absceso** subperióstico temporal izdo + **miringotomía** y tubos de drenaje.

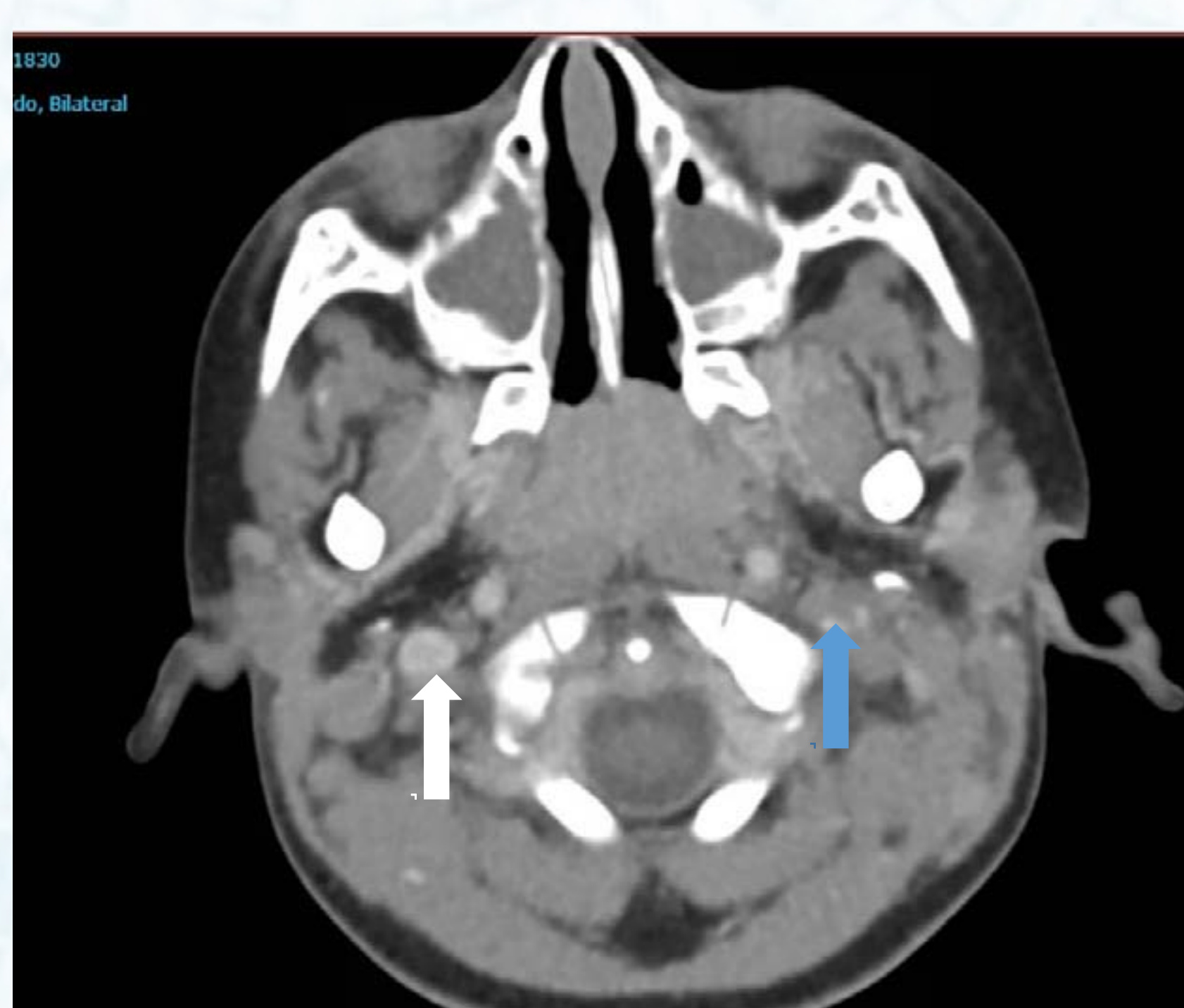
- Cultivo absceso subperióstico: ***Fusobacterium necrophorum*** sensible a penicilina, clindamicina y metronidazol.
- Hemocultivo: negativo
- Exudado ótico (01/07): ***Turicella otitidis***.
- 2º cultivo exudado ótico (21/07): negativo.

23 días cefotaxima iv
21 días clindamicina iv

AMOXICILINA CLAVULÁNICO (7 DÍAS)



Corte axial de TAC craneal con contraste en el que se visualiza defecto de repleción que corresponde a trombosis parcial de seno sigmoide (flecha rosa) junto con absceso subperióstico temporal izquierdo de 25,7x 8.7x 23 mm



Corte axial de TAC craneal con contraste en el que se visualiza defecto de repleción que corresponde a trombosis yugular en agujero yugular (flecha azul). Vena yugular sin presencia de trombosis (flecha blanca)

CONCLUSIONES

Aunque la MA es la complicación más frecuente de la OMA, producida habitualmente por *S.pneumonie* y *S.pyogenes*, en casos de evolución tórpida y desarrollo de complicaciones debemos pensar en gérmenes poco frecuentes pero cuya incidencia parece que está en aumento, como *F.necrophorum* siendo importante tenerlo presente para actuación precoz e instauración de tratamiento antibiótico y quirúrgico correcto.