



MASTOIDITIS AGUDA COMPLICADA: a propósito de un caso

Priego Ruiz, María del Pilar^{1,2}; Porcel Chacón, Rocío^{1,2}; Arias Blasco, Olga¹

¹ UGC de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba. España.

² Servicio de Pediatría. Hospital QuironSalud de Córdoba. España

INTRODUCCIÓN

La **mastoiditis aguda** (MA) es una infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal, siendo la **complicación más frecuente de una otitis media aguda** (OMA).

MA es una entidad potencialmente grave que debe sospecharse ante la presencia de celulitis en la región mastoidea junto con despegamiento del pabellón auricular, ya que esta inflamación puede progresar y extenderse a estructuras vecinas, tanto intra como extracraneales, desarrollando complicaciones mayores.

Se presenta el caso de un niño de 2 años que desarrolló un absceso intracraneal y trombosis del seno venoso sigmoide como consecuencia de MA.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años, sin antecedentes de interés, presenta fiebre elevada de 5 días de evolución a pesar de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico a 40 mg/kg/día prescrita por OMA izquierda que consultan por persistencia de fiebre e inestabilidad de la marcha.

- **Exploración física:** regular estado general, celulitis en región mastoidea izquierda y despegamiento del pabellón auricular ipsilateral (**imagen 1**), OMA izquierda. No rigidez de nuca ni signos meníngeos aunque marcha inestable.
- **Analítica sanguínea:** Leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR en analítica.
- **TAC craneal:** se realiza ante la sospecha de MA complicada que muestra abscesos subperiósticos intra y extracraneal (**imagen 2**), iniciándose cefotaxima.

Actitud expectante por parte de Neurocirugía, Otorrinolaringología (ORL) realiza **mastoidectomía y colocación de drenaje transtimpánico, creciendo *Fusobacterium necrophorum*** en muestra de exudado, añadiéndose metronidazol al tratamiento.

Se completa estudio con RMN craneal, evidenciándose trombosis de seno venoso sigmoideo y vena yugular interna izquierda (**imagen 3**), por lo que se añade enoxaparina subcutánea.

Precisa nueva mastoidectomía al duodécimo día de ingreso por persistencia de la fiebre, con evolución clínica favorable posterior, manteniéndose afebril a las 72 horas de reintervención y completándose tratamiento antibiotico durante 4 semanas.

Se descartan otros tromboembolismos septicos en estudio de extensión.

Actualmente asintomático y en seguimiento por ORL.



Imagen 1. Celulitis de la región mastoidea y despegamiento del pabellón auricular.

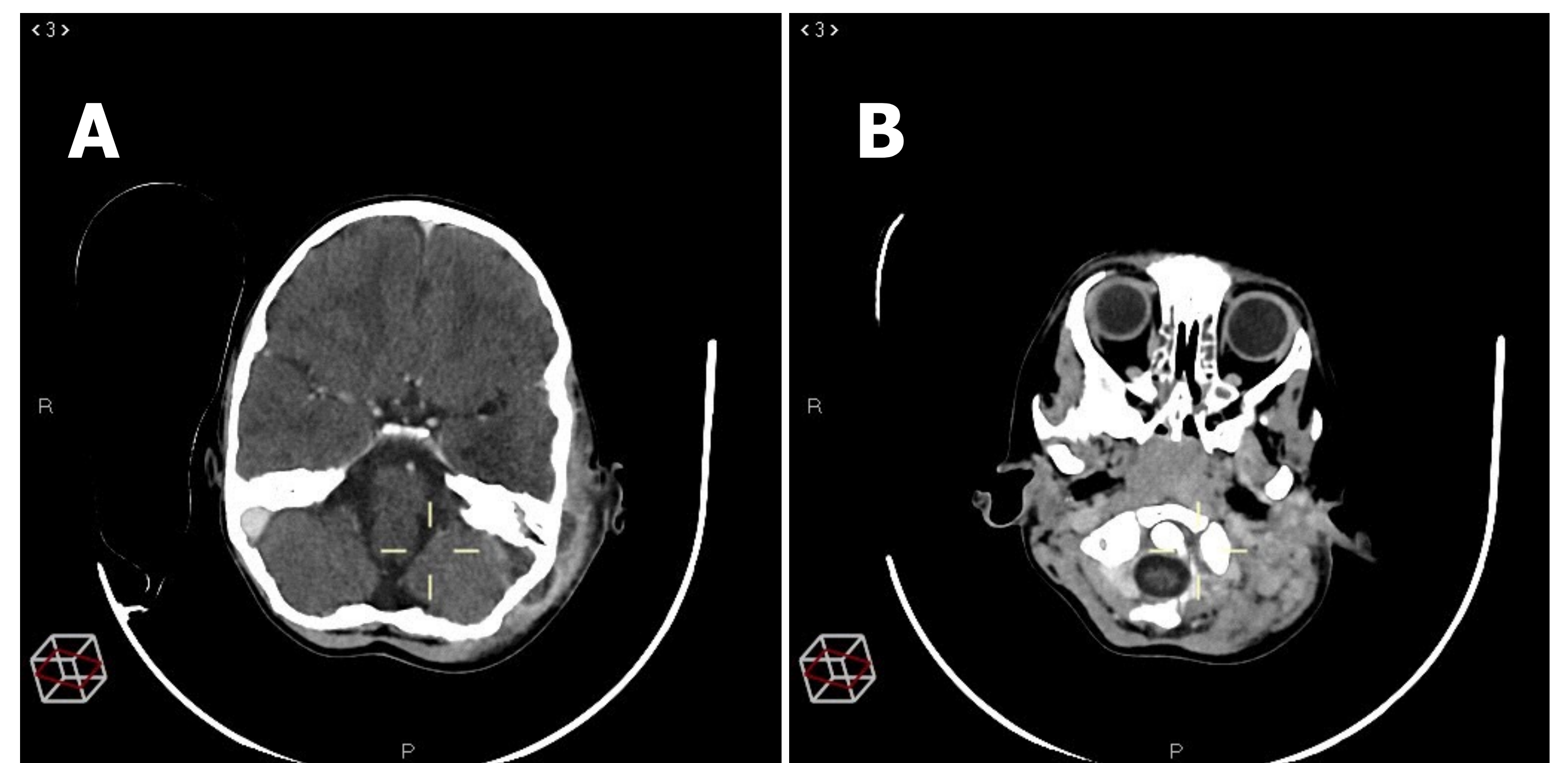


Imagen 2. A: Colección epidural de 10 mm. **B.** Conglomerado adenopático

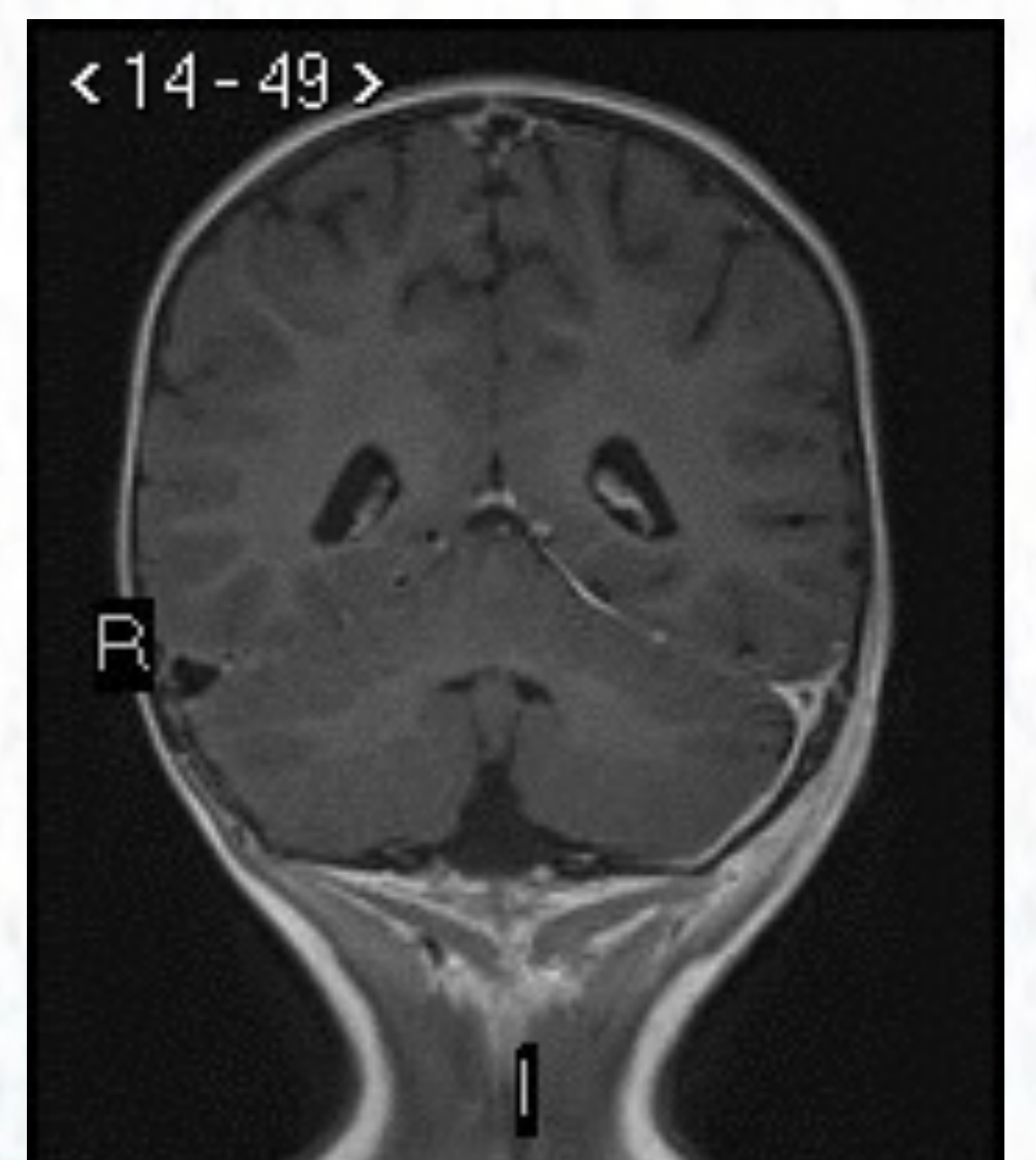


Imagen 3. Vacío de señal en el seno sigmoideo izquierdo en relación con trombosis del mismo.

DISCUSIÓN

Debemos considerar una MA en una OMA que no responde a antibioterapia empírica, teniendo en cuenta que el tratamiento previo con antibiotico podría enmascarar su sintomatología. Así mismo se debe sospechar extensión intracraneal si existe focalidad neurológica, letargia, cefalea o mala evolución clínica a pesar de tratamiento adecuado.

Con este caso clínico queremos destacar la importancia de sospechar esta entidad clínica, ya que un diagnóstico y tratamiento precoz nos va a permitir evitar la progresión de la infección con el desarrollo de complicaciones mayores.