

## **OTORREA COMPLICADA**

**Dres. Patricia Bernáldez y Gustavo Pereira (Editores)**

### **CASO CLINICO**

*Dr. Luis Urrutia\**

Comenzamos con el ateneo del día de la fecha. La doctora Patricia Bernáldez, jefa del servicio de otorrinolaringología, explicará el motivo de esta muy interesante presentación. Seguramente nos dejará algunas nuevas enseñanzas sobre aspectos que creíamos conocidos.

*Dra. Patricia Bernáldez\*\**

Desde la apertura del hospital recibimos en el servicio pacientes con complicaciones de otitis media, especialmente en las formas crónicas. Las otitis medias son motivos de consulta frecuentes en la práctica de pediatras y otorrinolaringólogos. En algunas ocasiones llegan pacientes derivados desde otros servicios de otorrinolaringología (ORL) donde no fue posible resolver el problema, pero, la mayoría de las veces se presentan como primera consulta después de haber recorrido otros profesionales e instituciones. La supuración persistente proveniente del oído medio es más frecuente en países subdesarrollados. En cuanto a las complicaciones, en 2012 fue publicado un trabajo del servicio con 17 pacientes con complicaciones intratemporales de otitis media aguda reunidos en dos años; la mitad de ellos con

mastoiditis y uno quedó con sordera sensorineural unilateral. En 2017 requirieron cirugía 10 niños con mastoiditis de diferentes etiologías. Es importante que el pediatra, usualmente el primero que recibe a nuestros pacientes, y el otorrinolaringólogo joven después, conozcan la trascendencia de recibir a estos niños y adolescentes con otorrea. Elaborar un diagnóstico presuntivo correcto para comenzar un tratamiento empírico es el primer paso para cualquier pediatra que reciba un paciente con supuración desde el conducto auditivo externo. No existe mucha bibliografía sobre otorrea, un tema que se da fundamentalmente en países con alta prevalencia de desnutrición y pobreza. Las otitis medias supuradas agudas y crónicas son el pan nuestro de cada día en el servicio.

*Dr. Pablo Barbosa\**

¿Eran huéspedes normales los pacientes que corresponden al trabajo publicado en 2012?

*Dra. Bernáldez:*

Ninguno tenía compromiso del sistema inmunológico.

*Dr. Urrutia:*

La doctora Bernáldez presentará un paciente con una patología frecuente, que seguramente será vista

---

\* Coordinador General de Guardia.

\*\* Jefa del Servicio de Otorrinolaringología.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

---

\* Médico Pediatra del Servicio de Mediano Riesgo  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

por pediatras en el área ambulatoria de esta institución o fuera del hospital.

*Dra. Bernáldez:*

Agregaría que en la experiencia del servicio, también existen falencias en la formación de los nuevos otorrinolaringólogos.

El caso corresponde a un adolescente varón de 14 años de edad que consultó por otorrea derecha recurrente en un hospital pediátrico de la provincia de Buenos Aires. El síntoma data de varios meses, durando cada uno de los seis episodios entre dos a tres semanas, la supuración no era abundante, no estaba asociada a fiebre ni otalgia; en algunas ocasiones cedía espontáneamente y en otras después de recibir tratamiento con antibiótico por vía oral. En el hospital cercano a su domicilio lo reciben por guardia, en buen estado general, afebril, con otorrea derecha purulenta profusa que impedía la visualización de la membrana timpánica. Con diagnóstico de otitis media aguda supurada, comenzó tratamiento con amoxicilina a 80 mg/k/día cada 12 horas y metilprednisolona por vía oral.

¿Cuál es el diagnóstico presuntivo inicial?

*Dr. Barbosa:*

Por lo descripto, estamos frente a una otitis media crónica supurada hasta que se demuestre lo contrario. Está caracterizada por una otorrea crónica a través de una perforación timpánica, de al menos 6 semanas de duración, que se alterna con fases inactivas, como presentaba este paciente. La supuración se diferencia de la que presenta la otitis media aguda en que no se acompaña de dolor ni fiebre. Y la estrategia terapéutica inicial me pareció adecuada.

*Dra. Yamila Abadie\**

Coincido con la opinión vertida por el doctor Barbosa.

*Dr. Urrutia:*

Cuando la doctora Bernáldez me presentaba el caso, coincidíamos que la realidad del hospital por trabajar juntos no es la misma que existe fuera de estas paredes.

*Dr. Barbosa:*

También admitamos que muchas veces resulta más fácil hacer una tomografía que una otoscopia en nuestro medio. Es crítico recuperar el valor de un buen interrogatorio y un examen físico completo, que en este caso incluye una otoscopia.

*Dr. Urrutia:*

Justamente el diagnóstico surge desde una bue-

na anamnesis con los seis episodios de otorrea en un paciente adolescente, cursando cada uno de ellos sin fiebre ni otalgia. No es necesaria una tomografía en principio.

*Dr. Marcelo Andrade\**

Yo también preguntaría si tuvo procesos infecciosos en sitios diferentes al oído, dolor en alguna parte de su cuerpo, sudoración nocturna o descendió de peso en el último tiempo. Al examen físico buscaría masas palpables en la calota, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, hepato y/o esplenomegalia.

*Dra. Bernáldez:*

Está muy correcta la mirada clínica del doctor Andrade porque está buscando impacto sistémico y/o compomiso en otro aparato y sistema de la enfermedad en el oído. ¿Alguien considera otra etiología? Es correcto el diagnóstico del doctor Barbosa. Estamos frente a un paciente en quien no podemos ver la membrana timpánica porque tiene el conducto auditivo externo (CAE) obstruido por secreción. Y quiero recordarles en este punto que en muchos sitios de nuestro país no es posible evaluar otoscópicamente en forma correcta un paciente con otorrea. Vamos a repasar un poco. ¿Cuáles pueden ser las causas más frecuentes de otorrea en pediatría?

*Dr. Andrade:*

La otitis externa aguda (OEA) difusa, otitis media aguda (OMA) supurada, otitis media crónica simple (OMCS), otitis media crónica colesteatomatosa (OMCC) y la histiocitosis podemos enumerar entre los diagnósticos diferenciales.

*Dr. Barbosa:*

Más infrecuentes son la tuberculosis ótica, infecciones por hongos y tumores raros.

*Dra. Bernáldez:*

En los noventa, la tuberculosis ótica tuvo un pico entre los pacientes con infección por VIH y ahora nuevamente ha reaparecido con fuerza. Con mis tres décadas de experiencia en el Hospital Garrahan, tengo más casos de histiocitosis que de colesteatoma.

Ahora bien, mientras desglosamos las diferentes etiologías planteadas voy a dar algunos consejos prácticos para el diagnóstico clínico presuntivo a los profesionales jóvenes.

Un contacto prolongado con el agua es un antecedente que se recupera frecuentemente en el interrogatorio de los pacientes con OEA, y por ello

\* Médica Asistente de Clínica Pediátrica.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

\* Jefe de Clínica – Oficina de Comunicación a Distancia.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

se da en verano en niños en edad escolar. Es muy raro que un lactante presente una OEA. Los dos gérmenes prevalentes son *Staphylococcus aureus* y *Pseudomona aeruginosa*. En todos los casos, la consulta es por otalgia antes que por otorrea. Al introducir el otoscopio, el paciente se queja de dolor y ven un CAE reducido en su calibre por importante edema inflamatorio y escasa cantidad de secreción purulenta. En condiciones extremas el CAE puede estar cerrado completamente. En casos avanzados puede haber edema peri-auricular, constituyendo una celulitis. Como sucede en muchos casos en el verano, una complicación frecuente de la OEA es la celulitis, que puede confundirse con la mastoiditis. Un elemento importante a tener en cuenta es que la gran mayoría de los pacientes con OEA están afebriles, aún en las celulitis peri-auriculares.

En segundo término, en la OMA supurada los niños presentan fiebre y una otorrea evidente con el antecedente de un catarro de vías aéreas superiores. La fiebre y la otalgia suelen disminuir al aparecer la otorrea. Aunque no es excluyente, predomina en lactantes y niños pequeños. Los gérmenes involucrados son neumococo, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catharralis* y estreptococo beta hemolítico del Grupo A.

Pasando a las OMCS, como la que tenía nuestro adolescente, la otorrea es típicamente escasa e intermitente y los pacientes están afebriles y sin dolor en el 90% de las oportunidades. Estas características retrasan el diagnóstico y aún más en determinados medios socio-económicos. Según una observación personal del doctor Morales, en las niñas el diagnóstico es más precoz porque le dan trascendencia al mal olor de la supuración, hecho que los varones no le suelen dar importancia. Ocasionalmente pueden presentar lesiones de piel y partes blandas por el tiempo transcurrido de la otorrea. *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* son los gérmenes involucrados, pero también se aíslan enterobacterias y anaerobios que llegan al CAE a través de las manos contaminadas.

*Dr. David Bes\**

¿Puede una OMS derivar en una OMCS o colesteatomatosa?

*Dra. Bernáldez:*

Contestando al doctor Bes, a partir de la experiencia acumulada con los pacientes con VIH en pediatría, la OMCS se presenta en niños con algún grado de inmunocompromiso malnutrición o en niños entróficos como secuela de una infección por estreptococo beta hemolítico. Este germen produce una forma clínica de OMA llamada necrotizante; es

decir, entre las OMA se describen las formas clínicas simple, supurada - ambas curan sin secuelas -, y esta última presentación que mencioné. Este coco Gram positivo puede destruir estructuras del oído medio, dejar una gran perforación timpánica marginal y favorecer un desarrollo de un colesteatoma como secuela. Por otro lado, también están los colesteatomas congénitos, que pueden expresarse clínicamente en forma tan tardía como a los 3 ó 5 años; no quiere decir que no estuvieron presentes desde el nacimiento. Concluyendo, en pediatría no es habitual que una OMS derive en una OMCS o colesteatomatosa.

Volviendo a nuestro adolescente me gustaría saber que harían ustedes cuando cuatro días más tarde ingresa a la guardia del mismo hospital cercano a su domicilio en el conurbano bonaerense con dolor temporal derecho, otorrea, sin signos de flogosis retroauricular y ataxia. Fue internado y recibió ceftraxona parenteral y con pedido de una tomografía computada de ambos peñascos con cortes ultrafinos y encéfalo, sin y con contraste endovenoso.

¿Qué tipo de complicación presentaba el paciente?

*Dr. Barbosa:*

Siguiendo la misma línea de pensamiento, debemos considerar una complicación intra-temporal de una OMA u OMC supuradas.

*Dra. Bernáldez:*

¿Querés ampliar un poco más el comentario?

*Dr. Barbosa:*

Las otitis medias pueden complicarse, tanto agudas como crónicas. Las complicaciones son muchas y pueden ser intratemporales, extratemporales, intra y/o extracraneales. A veces se dan en cascada. En nuestro medio las más frecuentes son mastoiditis, laberintitis y la temida trombosis del seno sigmoideo

*Dra. Bernáldez:*

Exacto y es lo que debemos pensar en todos los pacientes generalmente. En nuestro servicio, la doctora Sommerfleck publicó la frecuencia de las complicaciones de las otitis medias. En primer término, la mastoiditis, considerada la complicación extracraneal más frecuente de la otitis media supurada, ha declinado significativamente su presencia en los países desarrollados pero no ha sucedido lo mismo en países como el nuestro. Prácticamente todos los niños presentan en el curso de una OMA inflamación de las celdas aéreas mastoideas y tendrán fluido en la mastoides; en consecuencia, la mastoiditis aguda constituye una extensión y una parte natural del proceso infeccioso agudo del oído medio. En este estadio muy común de la mastoiditis, no hay signos ni síntomas específi-

\* Médico Asistente de Cuidados Intermedios y Moderados. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

cos de infección mastoidea ni evidencia de osteítis mastoidea en la tomografía computada, el proceso suele ser reversible si se resuelve el derrame de oído medio y mastoides, después del tratamiento de la infección aguda. Pero si esto no ocurre, puede sobrevenir mastoiditis aguda con periostitis y osteítis mastoidea aguda, con absceso subperióstico o sin él. En esta situación la infección de las celdas aéreas mastoideas se propaga hacia el periostio con compromiso de los vasos venosos, fundamentalmente la vena emisaria mastoidea. Clínicamente se manifestará con dolor post-auricular espontáneo o a la palpación, pulsátil, resistente a los analgésicos habituales, hiperestesia, eritema, calor local, ligera tumefacción post-auricular con borramiento del surco retroauricular, y pabellón desplazado en los sentidos anterior e inferior. En la mastoiditis coalescente aguda, la infección de las estructuras óseas de la mastoides progresa generalmente en las muy neumatizadas, acumulándose secreciones en la cavidad, aumento de la presión y necrosis de las trabéculas óseas con la coalescencia en un empiema mastoideo.

Por otro lado, la laberintitis es un diagnóstico difícil, sobre todo en niños pequeños. Fisiopatológicamente resulta sencillo pensar en ella a partir de mucosa edematizada, supuración en contacto con las ventanas y traspaso al oído interno. Se produce cuando la infección se propaga hacia los aparatos coclear y vestibular a través de la ventana redonda y menos frecuentemente por la ventana oval. La presencia de vértigos es un síntoma de alarma de laberintitis. No debemos olvidar la posibilidad de trombosis de los senos sigmoideos.

También debemos recordar que la desnutrición crónica es una condición fuertemente asociada a estas complicaciones, y en nuestro país es altamente prevalente. Tabla 1.

**TABLA 1: COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA.**

Intracraneales	Extracraneales
- Meningitis.	- Mastoiditis aguda.
- Trombosis del seno lateral.	- Absceso posauricular o absceso subperióstico mastoideo.
- Hidrocefalia ótica.	- Absceso cigomático.
- Absceso epidural.	- Absceso de Bezold.
- Absceso subdural.	- Absceso de yugulo-digástrico de Mouret.
- Absceso cerebral.	- Absceso de Luc.
	- Parálisis facial.
	- Laberintitis.
	- Petrositis.

*Dr. Barbosa:*

¿Es frecuente la parálisis facial como complicación?

*Dra. Bernáldez:*

En la era preantibiótica esta complicación fue frecuente, pero actualmente se ha vuelto un fenómeno excepcional. También hemos visto la parálisis del sexto par, el motor ocular externo o *abducens*, producida por la trombosis del extremo medial del seno petroso superficial inferior en la punta del peñasco del temporal.

Tenemos a nuestro paciente internado, recibiendo tratamiento antibiótico endovenoso. La tomografía solicitada permitía hacer el diagnóstico e instrumentar el tratamiento adecuado.

*Dr. Urrutia:*

¿Quién se anima a describir estas imágenes?

*Dr. Barbosa:*

En el conducto auditivo externo derecho se observa una reducción importante de su calibre, la desaparición de la cadena osicular del oído medio y su reemplazo por una masa homogénea en la pared superior y en relación con el laberinto óseo, con densidad de tejidos blandos, que pudiera corresponder a un colesteatoma (Figura 1).



**Figura 1:** TC peñasco: masa CAE derecho.

*Dr. Jorge Sasbon\**

También se observa una rarefacción de la tabla interna de la apófisis mastoides (Figura 2) y aire en la fosa craneal media (Figura 3).

\* Ex Coordinador General del Área de Cuidados Intensivos. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.



Figura 2: TC peñasco: erosión mastoides.

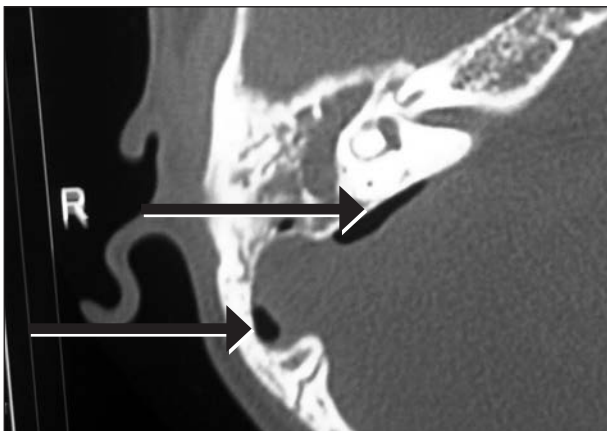


Figura 3: TC peñasco: aire en fosa craneal media.

*Dra. Bernáldez:*

Perfecta la descripción. Se trata de una osteólisis de la tabla interna de una apófisis mastoides muy pequeña y solamente neumatizada en su porción más proximal, justamente donde se desarrolló la complicación. La presencia de aire en el endocráneo confirma la existencia de una complicación intracraneal y determina la estrategia de abordaje quirúrgico del paciente.

¿Cómo interpretamos el cuadro clínico del paciente ahora con las imágenes?

El dolor exquisito que sentía estaba relacionado con la trombosis del seno sigmoideo. En el servicio, hemos tenido pacientes que han curado su mastoiditis con el drenaje y a los siete días aparecen con un dolor puntual de intensidad progresiva,

marcando la presencia de la trombosis venosa. Este es el fundamento de la solicitud de la tomografía con contraste buscando todas las complicaciones, incluyendo la trombosis de los senos venosos, cuya frecuencia ha aumentado en los últimos años.

Es decir, hasta ahora tenemos un adolescente varón con una otitis media sin definir, sin rescate de germen por hemocultivos, con una complicación documentada por imágenes suficientes. ¿Considerando que no hubieran tenido una respuesta positiva del servicio de ORL, a qué otro servicio hubieran consultado? ¿Cuál hubiera sido su diagnóstico?

1. Otitis externa complicada.
2. OMA supurada complicada.
3. OMC simple complicada.
4. OMC colesteatomatosa complicada.

*Dr. Barbosa:*

Un buen otorrinolaringólogo debe ser capaz de diagnosticar un colesteatoma. En este caso, la tomografía es compatible con una OMC colesteatomatosa complicada, la cuarta opción. Muchas veces discutimos con los especialistas en diagnóstico por imágenes, para sacar el mayor provecho posible al estudio.

*Dra. Bernáldez:*

¿Cuál hubiera sido la conducta terapéutica más adecuada?

1. Cobertura antibiótica de amplio espectro parenteral.
2. Cobertura antibiótica de amplio espectro + corticoides a dosis anti-inflamatorias.
3. Cobertura antibiótica de amplio espectro + corticoides a dosis anti-inflamatorias + miringotomía.
4. Cobertura antibiótica de amplio espectro + corticoides a dosis anti-inflamatoria + mastoidectomía exploradora.

*Dr. Barbosa:*

Más allá del tratamiento antibiótico que podamos indicar como pediatras, la resolución de este cuadro es quirúrgica, pudiendo convocar a ORL y neurocirujanos en este caso. Replantearía la cobertura antibiótica con un infectólogo porque ceftazidime me parece una mejor alternativa, cubriendo *Pseudomonas aeruginosa*.

*Dra. Bernáldez:*

La opción correcta es la última. Como el doctor Barbosa ha dicho, colesteatoma diagnosticado, colesteatoma operado. Si no está complicado, es quirúrgico en forma programada, pero si lo está, la única solución es la quirúrgica.

Muchos de los pacientes atendidos en el servicio tienen las características de este caso.

Al sexto día de internación y sin diagnóstico, presentó enfisema en región del esternocleido-

mastoideo (ECM) derecho y supuración pleuropulmonar derecha. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital donde estaba internado. Fue drenado el hemitórax derecho en quirófano y sumó vancomicina 60 mg/kg/día endovenosa al esquema antibiótico. Informaron la presencia de hifas en el examen directo del líquido pleural, comenzando con tratamiento antifúngico.

Dos días más tarde presentó anisocoria y una tomografía del encéfalo mostró en la profundidad del centro oval parieto-temporal derecho una imagen redondeada que tomaba periféricamente el contraste endovenoso, compatible con absceso (Figura 4).



Figura 4: TC encéfalo: absceso parieto-temporal derecho.

Fue adoptada conducta neuroquirúrgica expectante y comenzó a recibir difenilhidantoína parental.

Dr. Bes:

¿Cómo se interpretó el enfisema del músculo del cuello?

Dra. Bernáldez:

Se atribuyó a otra complicación extracraneal de las otitis medias: el absceso de Bezold. Ocurre cuando la infección penetra en la cresta digástrica y se perfora el vértice de la mastoides, con infección entre el músculo esternocleidomastoideo y el digástrico. Aunque actualmente se considera raro, todavía puede observarse como en este caso, justificado por una apófisis mastoides pequeña y ebúrnea.

Y continuo con la presentación. A los 14 días de internación, estaba febril, deprimido, con un abs-

ceso importante en la región escapular derecha y trombosis de la vena yugular interna derecha por ecografía. Además cursaba una nueva neumonía. Todos estos datos clínicos están descriptos como síndrome de Lemierre. El primero fue drenado quirúrgicamente y comenzó enoxaparina por la trombosis. A partir de entonces mejoró lentamente, permaneciendo un mes en UCI.

A dos meses de internado, el paciente persistía con otorrea y comenzó tratamiento local con ciprofloxacina e hidrocortisona en gotas después de obtener material para cultivo a través de miringotomía. Cumplió tratamiento con ceftriaxona (6 días), vancomicina (84 días), meropenem (83 días), amikacina (5 días), anfotericina B (10 días) y metronidazol (62 días). La difenilhidantoína fue rotada a vía oral con controles en sangre, comenzó con tratamiento anticoagulante con acenocumarol cuando las condiciones clínicas lo permitieron, y recibió risperidona por indicación de un psiquiatra.

Dr. Urrutia:

¿Podrías aclarar qué es el síndrome de Lemierre para el auditorio?

Dra. Bernáldez:

Es una patología poco frecuente y potencialmente letal que se origina como complicación de una infección orofaríngea que se extiende al espacio carotídeo en huéspedes inmunocompetentes jóvenes. Se asocia a tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolias sépticas, siendo el compromiso pulmonar el más frecuente. Fue el microbiólogo francés André Lemierre quien mejor caracterizó esta patología en 1936. Describió 20 casos de septicemias anaeróbicas post-angina, de los cuales 18 fallecieron. El patógeno más frecuente de este síndrome es el *Fusobacterium necrophorum*, una bacteria Gram negativa anaerobia estricta que forma parte de la flora normal de la orofaringe, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino. Es un germen de difícil aislamiento, fastidioso lo llaman los microbiólogos. Y a pesar de que este microorganismo está presente en 80% de los casos de síndrome de Lemierre, una amplia variedad de otros patógenos aerobios y anaerobios han sido implicados, incluyendo *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Bacteroides* y *Peptoestreptococcus*.

¿Qué les parece la indicación de gotas para el oído en este paciente?

Dr. Barbosa:

Una broma.

Dra. Bernáldez:

Este es un punto a destacar. No es correcto indicar tratamiento con gotas si no se tiene diagnóstico de la otorrea. Indefectiblemente hay que hacer una

otoscopia y limpiar la otorrea. Lo puede hacer un pediatra entrenado con los instrumentos adecuados, o deberá ser evaluado por un otorrinolaringólogo hasta con un otomicroscopio.

Ya llegando al final de la historia clínica, al tercer mes de internación, ante la persistencia de la otorrea y la reaparición de dolor temporal derecho, sin signos de flogosis retroaural e hipoacusia derecha en un paciente febril, adelgazado, con escaras de decúbito en nuca y espalda, fue interconsultado el servicio de ORL del Hospital Garrahan.

Después de una anamnesis cuidadosa, bajo el otomicroscopio y después de limpiar todo el material del conducto auditivo externo, se constató un granuloma inflamatorio proveniente de una perforación en la región postero-superior de la membrana timpánica (Figura 5). En pocas palabras, un colesteatoma. Los cultivos de ese material fueron negativos.

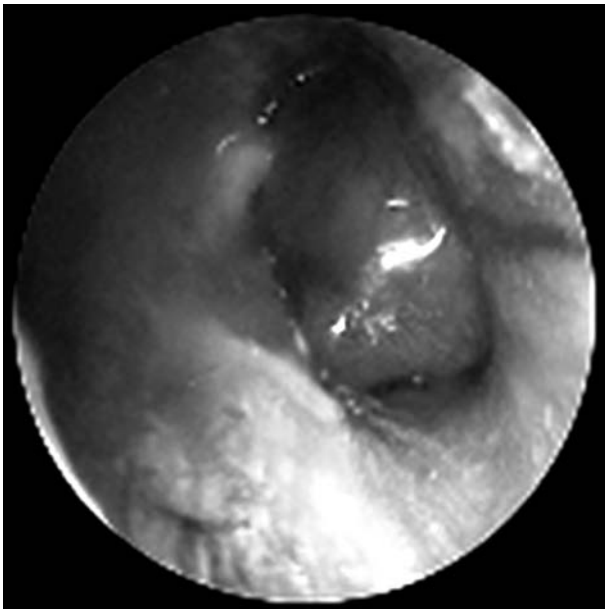


Figura 5: Otomicroscopía derecha: colesteatoma.

Evaluando la imagen tomográfica inicial, el diagnóstico de colesteatoma estaba planteado porque estaba erosionado el espolón del hueso temporal, un signo muy característico y frecuente en nuestra experiencia.

Con el diagnóstico de colesteatoma complicado y después de una semana de suspendida la anticoagulación, el paciente fue operado. Con la técnica *inside-out* se ingresó por la parte alta del tímpano hasta llegar a la punta de la pequeña apófisis mastoideas, que estaba llena de granulomas, muy frecuentes de encontrar en pediatría y raros en los adultos, que hacen colesteatomas secos.

Resumiendo, la otorrea crónica de este joven fue

producto de una OMC colesteatomatosa complicada. La primera fue la laberintitis y la trombosis del seno sigmoideo con el absceso cerebral, evidentes en la tomografía inicial. Después desarrolló la mastoiditis con el absceso de Bezold, una complicación extra-temporal, y el síndrome de Lemierre.

#### *Dra Laura Quantin\*\**

En el servicio, la orientación de pacientes puede ser dividida en tres grupos de volúmenes semejantes: hipoacusias, problemas rino-sinusales y otorreas crónicas. A estos últimos hay que llevarlos al otomicroscopio y limpiarlos. No siempre se puede hacer el diagnóstico en la primera consulta. Y deben ser recitados, ver en detalle la membrana timpánica, dibujar lo que vemos, una interesante exigencia que el pediatra debe hacer al otorrinolaringólogo.

#### *Dr. Guillermo Morales\*\**

Me gustaría hacer un comentario sobre las parálisis del nervio facial. Las parálisis del séptimo par craneal como complicación de OMA se dan en los lactantes. Muchos años atrás entre los otorrinolaringólogos existía en estas situaciones una disyuntiva: hacer una cirugía exploradora del séptimo par craneal en este grupo de pacientes con OMA con contenido. Proponían descomprimir el nervio durante su pasaje por el acueducto, una estructura aún no osificada. Nosotros simplemente procedíamos a suministrar antibióticos y la evacuación del oído medio a través de la membrana timpánica. Con mucha paciencia y a partir del mes empezaba a recuperar la motilidad el nervio facial. En el Hospital Garrahan nunca hicimos una cirugía descompresiva por parálisis facial secundaria a OMA en un lactante.

Por otro lado, en mi experiencia en las otorreas crónicas, la etiología que más frecuentemente produce parálisis facial es la TBC; ocasionalmente en las OMCS y colesteatomas cuando los granulomas degradan el nerviducto. Y casi nunca en las histiocitosis.

#### *Dra. Bernáldez:*

En primer término, un paciente con una OMA supurada debe ser medicado con amoxicilina y citado a control por el propio pediatra para ver cómo queda ese tímpano; ante la falta de mejoría u observación de imágenes otoscópicas patológicas debe ser evaluado por un otorrinolaringólogo.

En conclusión, es necesario un adecuado conocimiento de la patología y sus posibles complicaciones para lograr un adecuado diagnóstico a través de un alto grado de sospecha. El colesteatoma complicado todavía representa una entidad con un

\* Médica Principal del Servicio de ORL.

\*\* Médico Principal del Servicio de ORL.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

riesgo de morbilidad elevada. Su incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo. El desconocimiento de esta patología por los clínicos es una causa importante de retraso en el diagnóstico y el tratamiento. En este contexto, la consulta con el otorrinolaringólogo es imprescindible y debe ser precoz, sobre todo cuando se está considerando la presencia de complicaciones. El tratamiento de un colesteatoma siempre es quirúrgico, dependiendo su urgencia de la existencia de complicaciones. En el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" creció nuestra experiencia en el tratamiento de los pacientes con colesteatomas, pero el desarrollo de la interdisciplina en este hospital permitió que entremos a quirófano junto a los neurocirujanos a operar a estos pacientes, discutiendo previamente la estrategia quirúrgica y las mejores vías de abordaje.

*Dr. Urrutia:*

Muchas gracias a todos los presentes, a la doctora Patricia Bernáldez y a todo su servicio. Nos encontramos el próximo jueves al mediodía.

#### DIAGNÓSTICOS FINALES

- **OTITIS MEDIA CRÓNICA COLESTEATOMATOSA DERECHA COMPLICADA.**
- **LABERINTITIS.**
- **MASTOIDITIS.**
- **ABSCESO DE BEZOLD DERECHO.**
- **TROMBOSIS DEL SENO SIGMOIDEO DERECHO.**
- **ABSCESO CEREBRAL PARIETO-TEMPORAL DERECHO.**
- **TROMBOSIS DE LA VENA YUGULAR INTERNA DERECHA (SÍNDROME DE LEMIERRE).**

#### LECTURA RECOMENDADA

- Pellegrini S, González Macchi M, Sommerfleck P, Bernáldez P. Intratemporal complications from acute otitis media in children: 17 cases in two years. *Acta Otorinolaringol Esp* 2012; 63: 21-5.
- Agrawal S, Husein M, MacRae D. Complications of otitis media: an evolving state. *J Otolaryngol* 2005; 34: S33-9.
- Leskinen K. Complications of acute otitis media in children. *Curr Allergy Asthma Rep* 2005; 5: 308-12.
- Matthos J, Colman K, Casselbrant M, Chi D. Intratemporal and intracranial complications in acute otitis media in a pediatric population. *Int J Otorhinolaryngol* 2014; 78: 161-4.
- Sommerfleck P, Bernáldez P, Hernández C, y col. Otitis media aguda: prevalencia de otopatógenos en pacientes de un hospital público. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2013; 64: 12-6.
- Del Castillo Martín F, Delgado Rubio A, de Liria C, Cervera J, y col. Consenso nacional sobre otitis media aguda. *An Pediatr (Barc.)* 2007; 66: 603-10.
- Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, De la Calle Cabrera T, y col. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2012; 14: 195-205.
- Zenotti M, Casarotto C, Tosello M, y col. Incidence of complications of otitis media. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2005; 56: 59-62.
- Bernáldez P, Pellegrini S, González Macchi M, y col. Prevalencia de laberintitis como complicación de otitis media aguda en niños. *Manual de la AAOFP* 2009; 2: 14-7.
- Quintero Noa J, Álvarez Lam I, Hernández Cordero M, y col. Complicaciones de las otitis medias agudas y crónicas en el niño. *Rev Cubana Pediatr* 2013; 85: 89-105.
- Kristensen L, Prag J. Human necrobacillosis, with emphasis on Lemierre's syndrome. *Clinical infectious diseases* 2000; 31: 524-32.
- Busko M, Triner W. Lemierre syndrome in a child with recent pharyngitis. *Can J Emerg Med* 2004; 6: 285-7.
- Maldonado I, Gutiérrez J, Wilkens A, y col. Síndrome de Lemierre: Una entidad clínica casi en el olvido. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Chilena de Radiología* 2015; 21: 34-40.
- Berra P, Rodríguez M, Zerba M, y col. Patología del hueso temporal en pediatría: hallazgos tomográficos característicos. *Rev argent radiol* 2012; 76: 133-41.
- Vashishth A, Singh Nagar T, Mandal S. et al. Extensive intratemporal cholesteatomas: presentation, complications and surgical outcomes. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272: 289.
- Kuczkowski J, Tretikow D, Bzoznowski W. Can we avoid intracranial complications of chronic otitis media? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015; 272: 2581-2.