

11236
2eg.
21



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Armada de México
Centro Médico Naval

TUBERCULOSIS DEL OIDO MEDIO
PRESENTACION DE CINCO CASOS

T E S I S

Que para obtener el título de:

OTORRINOLARINGOLOGO

p r e s e n t a

DR. GUILLERMO VELASCO MENDOZA

Director de tesis: Dr. Antonio Rodríguez Alcaraz
Jefe del curso de Otorrinolaringología

Vo. Bo. Dr. Adalberto Sálas Villagómez, Jefe de Enseñanza

COPIA CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Abril de 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	-1-
HIPOTESIS	-2-
JUSTIFICACION	-3-
OBJETIVOS	-5-
MATERIAL Y METODOS	-6-
PRESENTACION DE CASOS	-6-
RESULTADOS	-17-
DISCUSION	-20-
CONCLUSIONES	-25-
BIBLIOGRAFIA	-27-

INTRODUCCION

La afección tuberculosa del hueso temporal - fue descrita por primera vez por Jean Louis Petit en el siglo XVIII; en 1835 Romberg y Geissler asociaron la - tuberculosis ótica con la pulmonar; en 1853 Wilde describe la otorrea indolora y las características clínicas de la membrana timpanica en la otitis media tuberculosa, y Schwartze, describió la infiltración de aspecto blanquecino de la mucosa del oído medio en este tipo de pacientes, Politzer y Mémère describieron la naturaleza destructiva de la enfermedad. Koch en 1882 demostró la existencia del bacilo tuberculoso y un año después Esche aisla a el bacilo en la secreción de un oído afectado por la Tuberculosis. En 1900 Oppenheimer reporta las importantes destrucciones óseas provocadas en el oído con extrusión de la cadena osicular (1).

Antes de la aparición de los medicamentos antitíficos, se reportaban con mucha frecuencia los casos de otitis media tuberculosa, tan solo en un hospital de Edimburgo, Escocia, se reportaron en los años - de 1907 a 1914 un total de 1797 casos de otitis media, y de estos un 2.8 % fueron tuberculosos en menores de 15 años de edad (1) (4).

Con la aparición de los agentes antifímicos, la pasteurización de la leche, la mejor comprensión de la epidemiología de la enfermedad, el mejoramiento del nivel de vida y la mejor difusión de la cultura médica, se ha reportado una importante disminución en la presentación de estos casos, sin embargo no han desaparecido por completo y el clínico debe tener presente esta entidad clínica para saberla diagnosticar (2).

HIPOTESIS

El bacilo tuberculoso puede instalarse en -- cualquier parte de la economía causando patología con su propio cuadro de signos y síntomas, que en la mayoría de los casos es en forma incidiosa, con escasos parámetros que lleven al diagnóstico, sobre todo a nivel ótico en donde pasa desapercibida en un gran número de los casos y que no es necesario que exista otro foco de infección anterior o adjunto, lo que traduce una infección tuberculosa primaria en la caja timpánica. Los cuadros se pueden presentar en cualquier zona geográfica endémica o no y no siempre se presenta el dato de -- contacto tuberculoso (1), (3), (12).

Apesar que el pronto diagnóstico y tratamiento pueden reducir la morbilidad y mortalidad que se veían en el pasado, el diagnóstico temprano puede ser difícil dado por lo insidioso de sus signos y síntomas. El retardo en la terapia puede llevar a una destrucción temprana del aparato conductivo del oído, parálisis facial, involucramiento coclear con laberintitis y pérdida auditiva sensorineural y finalmente diseminación intracraneana de la infección. Dada la existencia de numerosos reservorios de tuberculosis entre los pacientes urbanos y rurales, es aconsejable de mantener un alto índice de sospecha. A pesar de la baja incidencia en los tiempos modernos, la otitis media tuberculosa debe considerarse en todos los casos de otitis media crónica supurativa que no responde a las terapias usuales (2), (12).

JUSTIFICACION

La tuberculosis afecta raramente al oído medio, por lo tanto, excepto aquellos que trabajan en cercana asociación con especialistas de las vías respiratorias, la enfermedad es una curiosidad y no frecuentemente considerada en el diagnóstico diferencial en la

otorrea. Es muy difícil determinar la incidencia verdadera, tales como grandes series han intentado ser selectivos de su susceptibilidad, en subgrupos hospitalizados con tuberculosis establecida. Reportes más recientes en la literatura dividen a la otitis media tuberculosa en primaria y secundaria, dependiendo, ya sea - que se encuentre la enfermedad en otra parte de la economía. Milligan puntualizó que la infección primaria - no era tan rara como se supone, y que podía ocurrir en los espacios celulares del hueso temporal, pero Proctor y Lindsay objetan que en los casos de infección -- primaria del hueso temporal no se estudio a fondo si existe otro foco tuberculoso (1), (13). El otólogo hoy en día se enfrenta con un paciente aparentemente sano con otorrea, sin ninguna otra sintomatología orientadora, y este documento es un intento para puntualizar a la otitis media como una entidad clínica primaria.

OBJETIVOS

Se tratara de llegar a los siguientes puntos:

- a). Establecer un signo o sintoma que de el diagnóstico temprano en nuestro medio.
- b). Evaluar si existe infección primaria tuberculosa ótica o si existe otro foco.
- c). Evaluar los antifímicos utilizados y de estos — cuales son mejores esquemas de tratamiento.
- d). Correlacionar los hallazgos con la literatura internacional.
- e). Establecer la utilidad de un procedimiento quirurgico en esta enfermedad.
- f). Evaluar el tiempo de instalación y sus efectos destructivos sobre el oído medio.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuaron para la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes, tinción de Ziehl-Neilsen en orina y cuando se obtuvo en esputo, los cuales se centrifugaron. En histopatología las muestras se tñieron con hematoxilina y eosina, y en tinción de Ziehl-Neilsen, y se observaron a microscopía óptica, con un microscopio American Optical serie One-Ten. Durante las mastoidectomías con toma de muestras se utilizaron microscopios CARL/ZEISS OPMI l lente 200 u.

PRESENTACION DE CASOS

CASO 1

A.T.P. masculino de 47 años de edad, oficinista, antecedente de una parálisis facial izquierda de tipo periférico con recuperación ad integrum un mes previo al estudio. Combe negativo.

Inició su padecimiento actual desde la infancia con cuadros de otorrea bilateral de predominio izquierdo con remisiones y exacerbaciones una o dos por año. En forma constante hipoacusia y acúfeno bilateral de predominio izquierdo.

A la exploración física se observó una perforación timpánica subtotal del oído derecho, con necrosis del mango del martillo, mucosa de caja edematosa y húmeda con secreción amarillenta escasa. En el oído izquierdo presentaba una perforación timpánica total, con mucosa de la caja húmeda y con secreción amarillenta escasa. No se observaron los huesecillos. Cuello dentro de límites normales.

La audiometría mostró una baja sensorial media bilateral. El estudio radiográfico con Politomografía Axial, mostró una mastoides esclerosa bilateral, -ambas con cajas opacas, en el oído derecho con la cadena íntegra y en el izquierdo con restos de huesecillos.

La biometría hemática, glicemia, el examen general de orina, un urocultivo y una radiografía de tórax se encontraron en límites normales. El P.P.D. fue positivo. Con el diagnóstico de Otomastoiditis Crónica no Colesteatomatosa, fue sometido a una mastoidectomía conservadora izquierda con timpanoplastia. Los hallazgos transoperatorios fueron: Osteítis de la cabeza del martillo y necrosis del mango del mismo, necrosis de la apófisis larga del yunque, necrosis de la supraestructura del estribo. Mastoides esclerosa. Nervio facial y conducto semicircular horizontal normales. Tejido granulomatoso abundante en caja de aspecto blanquecino.

Evolución postoperatoria a las 48 horas inicia una parálisis facial periférica izquierda. Un mes después se observa mala integración del injerto timpánico bañado en secreción purulenta de color amarillenta que no cede a los tratamientos con antibióticos habituales. Ocho meses después de la cirugía aparece un dolor importante en la articulación temporomandibular izquierda y chasquido a la abertura y cierre de la miga. La piel de los tercios internos del conducto auditivo externo del oído operado, presentando una necrosis total.

Un frotis de la secreción del oído medio reveló la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. La biopsia del tejido de granulación del oído medio — mostró granuloma con células gigantes compatibles con tuberculosis.

Con el diagnóstico de otitis media tuberculosa se inició tratamiento con HAIN, Etambutol y Rifampicina, tratamiento que se mantuvo por un año. Observándose a la fecha remisión de los síntomas de la articulación temporo-mandibular, desaparición de la parálisis facial a los cinco meses y control de la infección del oído medio, con buena epitelización y desaparición de la secreción. La audición se mantiene en los límites preoperatorios.

CASO 2.

S.L. femenino de 26 años de edad, dedicada al hogar. Antecedente de otitis adhesiva izquierda, sin actividad infecciosa y oído derecho normal, documentada un año antes. Combe negativo.

Su padecimiento actual se inició después de practicar natación, con la presencia de otorrea blanquecina, acúfeno y otalgia derecha, diagnosticada como otitis externa bacteriana, fue tratada con cefalosporinas, sulfas y gotas locales a base de antimicrobianos con corticoides, sin obtener mejoría. Varios meses después desarrolló una perforación timpánica subtotal, la piel del conducto se encontró hiperémica, mucosa de la caja edematosa con tejido de granulación de aspecto pálido, secreción de aspecto amarillento. En cuello la exploración fue normal.

El cultivo de la secreción fue negativa. La biometría hemática, glicemia, el exámen general de orina, un urocultivo y una tele radiografía de tórax fueron normales. El P.P.D. fue positivo. El estudio radiográfico de oído por medio de Politomografía Axial, mostró mastoides bien neumatizadas, en el oído derecho se apreció opacidad de la caja timpánica pero integridad de la cadena, en el lado izquierdo los cambios propios del proceso adhesivo.

Con el diagnóstico de otitis media supurada - crónica, se efectúa revisión quirúrgica de la caja tímpanica y de mastoides además de una timpanoplastia derecha. Se observó necrosis de la piel del conducto en su tercio interno, perforación subtotal de la membrana timpánica, mastoides normal. Oído medio con abundante tejido de granulación y datos de osteitis del mango del martillo. Necrosis de la mucosa de los huesecillos.

La evolución postoperatoria fue mala sin obtener integración del injerto y persistencia de la secreción de aspecto purulento. Tres meses después de la intervención desarrolló un síndrome laberíntico y diplopía. Ante este cuadro se efectuó un frotis de la secreción para búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes y biopsia de tejido de granulación del oído medio y del injerto, resultando el frotis positivo y el estudio histológico de la mucosa con granuloma y células gigantes tipo Langhans compatible con tuberculosis.

Con el tratamiento a base de HAIN, Etambutol y Rifampicina mantenido por 8 meses se obtiene remisión del cuadro laberíntico, a excepción del acúfeno que aún persiste pero en mucha menor intensidad, la audición esta estabilizada con una pérdida para la vía ósea de 20 dB, para la zona de la palabra y de 80 dB para la vía aérea, sin cambios significativos a la preoperatoria. El vértigo ha desaparecido por completo así

así como la diplopía. La infección se ha controlado y la caja timpánica se observa epitelializada con tejido de aspecto edematoso, sin secreción, con el conducto - cubierto por el mismo tipo de tejido. Actualmente se - encuentra bajo tratamiento con los mismos antifímicos

CASO 3.

I.L.M. masculino de 25 años, obrero. Antecedente de otorrea izquierda en la infancia en forma intermitente, que remitió por cerca de 20 años.

Inicia su padecimiento con otorrea e hipoacusia bilateral y acúfeno izquierdo. A la exploración física se encontro en el oído izquierdo una perforación amplia, con tejido de aspecto colesteatomatoso en la caja timpánica. En el oído derecho se encontro retracción timpánica, sin datos de infección.

El estudio radiográfico de mastoides, en Politomografía Axial, demostró esclerosis mastoidea bilateral, opacidad de oído medio izquierdo y los cambios propios de la retracción en el oído derecho.

La biometría hemática, glicemia, el exámen general de orina, la tele radiografía de tórax fueron normales.

En el estudio audiométrico se aprecia una hipoacusia media de tipo conductivo puro derecho e hipo-

cusia media a profunda mixta de predominio conductivo en el oído izquierdo.

Con el diagnóstico de otomastoiditis crónica izquierda se llevo a cabo una mastoidectomía conservadora con timpanoplastia. Los hallazgos transoperatorios fueron: mastoides esclerosa, ausencia de cadena osicular.

Evolución satisfactoria y un mes después se observa al injerto bien integrado, sin datos de infección y ganancia auditiva de 10 dB en la zona de la palabra .

Cinco meses después reaparece la otorrea y necrosis del injerto, con secreción mucopurulenta, cuyo cultivo mostró estafilococo aureus. Es sometido a tratamiento con antimicrobianos diversos sin obtener remisión de la otorrea. Un año después de la primera intervención se realiza una mastoidectomía radical modificada izquierda con timpanoplastia utilizando homoinjerto del banco, de membrana timpánica con martillo.

Un mes después de la última intervención desarrolla una parálisis facial izquierda y persistencia de la otorrea, con necrosis del injerto timpánico, abundante tejido de granulación y presencia de sequestratos óseos de la región del ático y del muro del facial.

Con sospecha de tuberculosis del oído medio se solicita frotis de secreción del oído medio y cavidad mastoidea para búsqueda de bacilos ácido-alcohol - resistentes y estudio histopatológico del tejido de - granulación de la caja timpánica y de la cavidad mastoidea que despues de varios cortes y a insistencia nuestra, revelaron granuloma y células gigantes de Langhans compatibles con tuberculosis. La sospecha de proceso fímico tuvo desde el transoperatorio de la segunda intervención sin embargo los estudios histológicos iniciales fueron reportados negativos.

Se inició tratamiento a base de HAIN, Rifampicina y Etambutol que se mantuvo por un año, obteniendose remisión de la parálisis facial con mínimas secuelas, desaparición de la infección otomastoidea, con epitelialización de la cavidad y de la caja. Se le adoptó un auxiliar auditivo de tipo electrónico.

CASO 4.

C.R.P. masculino de 5 años de edad, originario de Tampico, Tamps. , sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual seis meses antes de su estudio con otorrea derecha de tipo intermitente e hipocausia. A la exploración física se encuentra en el

oído derecho una perforación timpánica amplia con un pólipo en la caja con mucosa de caja timpánica edematosa.

El estudio radiográfico, Politomografía Axial, mostró opacidad de oído medio y datos de osteítis de la cadena osicular del lado derecho.

La audiometría mostró una hipoacusia media conductiva pura derecha.

La biometría hemática, glicemia, el examen general de orina, la tele radiografía de tórax fueron normales.

Con el diagnóstico de otomastoiditis crónica no colestomatosa derecha se llevó a cabo una mastoidectomía radical. Los hallazgos transoperatorios fueron: abundante tejido de granulación en caja timpánica y antromastoideo, un pólipo en porción inferior de la membrana timpánica, cadena osicular íntegra, móvil.

En vista de los hallazgos macroscópicos y el estudio histopatológico revela células gigantes multinucleadas, compatibles con tuberculosis.

La búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes y el frotis fueron negativos.

Se instaura tratamiento a base de HAIN, -- Etambutol y Rifampicina. Ocho meses después se aprecia cavidad epitelializada, con mucosa de oído medio

normal, se encuentra sin secreción, continuandose el tratamiento para un año, con remisión completa.

CASO 5.

A.M.T. femenino de 34 años de edad, sin antecedentes de importancia, dedicada al hogar, antecedente de otorrea bilateral recurrente en la infancia.

Inicia su padecimiento actual con cuadros de otorrea bilateral tratada con antimicrobianos, se acompaña además de hipoacusia bilateral. A la exploración física se encuentra en oído derecho una perforación -- timpánica con moco en caja de color amarillento, oído izquierdo presenta perforación timpánica amplia con abundante moco amarillento en caja; que no cede a pesar de tratamiento sistémico y local con antimicrobianos y antiinflamatorios.

El estudio audiométrico muestra una hipoacusia de media a profunda conductiva pura del lado izquierdo.

El estudio radiográfico, Politomografía Axial de oído bilateral mostró opacidad de ambas mastoides, con opacidad de cajas timpánicas, con osteitis de ambas cadenas osiculares.

La biometría hemática, glicemia, examen general de orina y tele radiografía de tórax fueron normales.

Con el diagnóstico de otomastoiditis crónica no colesteatomatosa fue llevada a cirugía para mastoidectomía radical, de la cual evoluciona satisfactoriamente, pero una semana posterior a la cirugía continúa con abundante secreción amarillenta de la cavidad la cual siempre se encuentra húmeda, los resultados histopatológicos fueron negativos para tuberculosis, fue intervenida de mastoidectomía radical con el diagnóstico de otomastoiditis crónica no colesteatomatosa, dentro de los hallazgos transoperatorios fueron: mastoides esclerosas con mucosa de antro engrosada amarillenta, no encontrando el mango del martillo y resto del martillo con osteitis, yunque sin apofesis larga, no se visualizó estribo por la gran cantidad de tejido de granulación, los resultados histopatológicos, y el frotis no son concluyentes, pero en vista de los hallazgos quirúrgicos se instala tratamiento antifímico a base de HAIN, Etambutol y Rifampicina.

Evolucionando adecuadamente ambas cavidades después de seis meses se encuentra bien epitelializadas secas con mucosas de caja timpánica normal, la audición se encuentra en los mismos niveles por los que se adaptó auxiliar auditivo de tipo electrónico.

RESULTADOS

Las edades de los pacientes fluctuaron de 5 a 47 años con una media de 27.4 años, tres del sexo masculino y dos del femenino, con un total de 6 oídos, en todos se desarrolló otorrea indolora, solo uno padeció de una parálisis facial preoperatoria y otro desarrolló parálisis facial postoperatoria. En todos los casos la secreción otica era de coloración amarillenta; en cuatro el diagnóstico fue histopatológico. Y en otros cuatro casos el frotis con tinción de Ziehl-Neilsen fue positiva, la teleradiografía de tórax fue normal en todos los casos, los exámenes generales fueron normales. El estudio radiográfico de oído con Politomografía Axial fue de gran ayuda revelando la magnitud de la lesión. En tres de los casos se efectuó de primera intención una mastoidectomía conservadora y terminaron en una mastoidectomía radical, en dos de los casos, con un total de tres oídos se efectuó una mastoidectomía radical de primera intención. En las mastoidectomías conservadoras se les efectuó una timpanoplastia y en los tres casos se perdió completamente el injerto.

A los cinco casos se les instituyo tratamiento antifímico a base de Hain, Etambutol y Rifampicina -

con remisión completa de la sintomatología, con cavidades bien epitelializadas y libres de infección y secreción.

TABLA I

Pérdida auditiva preoperatoria en pacientes presentados	
PROMEDIO DE PERDIDA AUDITIVA	NUMERO DE PACIENTES
30	0
30-60	4
60	1

Solo en un caso existió mejoría en la audición en los cuatro restantes se mantuvo sin cambios, y en dos casos se les adaptó un auxiliar auditivo de tipo electrónico.

TABLA II

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Hallazgos Transoperatorios

HALLAZGOS OPERATORIOS	NUMERO DE PACIENTES
Tejido de granulación	5
Secuestro óseo	1
Secreción amarillenta	5
Necrosis cadena osicular	2
Ausencia cadena osicular	1
Pólipo en caja timpánica	1
Necrosis dos tercios internos conducto auditivo externo	2
Mastoides esclerosa	4 (total de oídos 5)

En un paciente se presentó postoperatoriamente un dolor en la articulación temporomandibular; otro paciente desarrolló un síndrome laberíntico y diplopia que desaparecieron completamente posterior al tratamiento antifímico.

DISCUSION

En el pasado se ha postulado que la otorrea indolora, con perforaciones timpánicas múltiples, pérdida auditiva severa súbita y necrosis del hueso como datos de la enfermedad.

La otitis media tuberculosa es generalmente -- una enfermedad de niños o adultos jóvenes. La patogénesis involucra tres mecanismos 1). Aspiración a través de la trompa de Eustaquio a lo largo de la mucosa de los linfáticos. 2). Diseminación sanguínea de otro foco tuberculoso; ó raramente. 3). Implantación directa a través del -- conducto auditivo externo y una perforación timpánica. -- La orofaringe es la puerta de entrada más común es sugerida en vista de la cercanía con los ganglios submandibulares, parotídeos y preauriculares.(7). Se asume que el involucramiento tuberculoso del oído medio se deba -- sospechar cuando el paciente presenta evidencia de tuberculosis activa o inactiva pulmonar. (6).

Existe un acuerdo general que la diseminación hematógena ocurre más frecuentemente en los adultos, de una lesión primaria del pulmón. La lesión inicial, el -- nódulo tuberculoso, involucra los linfáticos con linfadenitis secundaris; y si continua la infección, existe una siembra del torrente sanguíneo. Theissing pudo de--

mostrar tuberculos miliares en la médula del hueso temporal con mínima extensión en la mucosa del oído medio, posterior a la inyección experimental de una suspensión de bacilos tuberculosos en la carótida interna de animales. (8). La trompa de Eustaquio puede ser tomada. Proseguir la enfermedad, el sistema de celdillas mastoideas son reemplazadas por tejido de granulación; y este tejido es uno de los hallazgos más uniformes en las cirugías. (1). El síntoma inicial otológico es frecuentemente una hipoacusia conductiva, y ocasionalmente acúfeno, la hipoacusia puede ser de 40 a 60 dB si es destruida la cadena osicular. Generalmente se presenta una otorrea indolora, la descarga es inicialmente fina, convirtiéndose posteriormente en mucosa, hasta llegar a ser mucopurulenta cuando el oído externo es secundariamente infectado. (4).

La incidencia de parálisis facial, a pesar de que no fue muy alta (un caso), es más alta de lo que se espera en las otitis medias no tuberculosas, y la presencia de parálisis facial debiera levantar sospecha de que la infección ótica es tuberculosa; las incidencias en esta región es del 50% como ha sido reportado, pero estas cifras son de antes de la quimioterapia antituberculosa y refleja un análisis de poblaciones tuberculosas. (11). Una historia pasada fímica es un buen indi

cador de tuberculosis activa de cualquier parte en el paciente, en esta serie no existieron tales antecedentes. Como se reporta por Windle-Taylor. (3).

En el contexto clínico las cifras histopatológicas son inequívocas. En esta serie el diagnóstico fue hecho por histopatología y esto refleja la dificultad para efectuar el diagnóstico por otras técnicas. Las tinciones bacteriológicas no son totalmente efectivas, en donde se necesita considerable número de organismos para que se presente. Los cultivos son también inconfiables, y los tiempos de incubación son medibles en semanas haciendo la investigación más confirmatoria que diagnóstica. En todos los pacientes se les efectuó una cirugía exploratoria. Los hallazgos fueron concomitantes con el cuadro clínico de un proceso destructivo inflamatorio. El tejido de granulación fue lo común.

El diagnóstico puede ser hecho con la tinción de Zeihl-Neilsen de las secreciones, pero en esta serie el diagnóstico se efectuó por examinación microscópica del tejido de granulación. M'Cart (4) y Jeanes y Friedman (14) pudieron efectuar el diagnóstico histológico en todos sus casos examinados. El microbacterium tuberculoso puede ser usualmente cultivado. (1).

Los resultados de tratamiento son buenos,

estos casos tratados con cirugía y quimioterapia di-
eron como resultado cavidades secas. Estos resulta-
dos comparados con las otitis medias supuradas no tu-
berculosas crónicas, son más favorables. Un número de
posibles factores pueden influir en los resultados.-
La vía de entrada ya se ha establecido por muchos a-
ños, que la más lógica es vía faringe-trompa de Eus-
taquio. En niños con infecciones con tuberculosis bo-
vinas, tal vía se ha postulado. (11). Adams (5) en -
un estudio en pacientes tuberculosos que se les efec-
tuó toracoplastia en donde se mostró funcionamiento
anormal de la trompa de Eustaquio en todos los paci-
entes que desarrollaron otitis media tuberculosa; la
teoría de diseminación hematogena en donde se ha pro-
bado, es en la enfermedad miliar y han ocurrido depó-
sitos secundarios múltiples en muchos sitios. (3).-
En ninguno de estos casos se pudo comprobar estos pa-
rametros. El diagnóstico es frecuentemente no encon-
trado en los primeros estadios y aún después de la -
cirugía (2).

Si la enfermedad progresa y es intratada,
la parálisis facial puede ocurrir, un caso, esto su-
cede más frecuentemente en niños que en adultos a-
proximadamente el 35% de los casos infantiles de o-
titis media tuberculosa eventualmente presentan es-

ta complicación. (2).

Cuando se sospecha de tuberculosis, la evaluación debiera incluir a través de la exploración del oído, una tele de tórax, pruebas dérmicas y urinarias, el cultivo de secreciones del conducto auditivo externo se reporta positivo para tuberculosis en un 5 a 35% de los casos. El crecimiento lento e inconfiabilidad de los cultivos limitan su valor diagnóstico, lo cual hace a la sospecha clínica como el factor de más alto índice. Las placas de radiografías de mastoides usualmente presentan poca anormalidad, a excepción del incremento en la densidad de los tejidos blandos en el antro. Existe raramente evidencia de esclerosis crónica siendo que el proceso infeccioso es más agudo. (2). Pero aquí se encontró que la Politomografía Axial aportó más datos sobre la destrucción ósea y ampliación de la caja timpánica.

Las drogas efectivas antituberculosas han mejorado drásticamente el pronóstico en muchos pacientes tuberculosos (16) (17); incluyendo a los pacientes con otitis media tuberculosa. En los casos presentados se utilizó el HAIN (Hidrazida del ácido Isonicotínico) 100 mg diarios Etambutol 15 mg/kg/día. y Rifampicina 600 mg diarios en tres dosis con buenos resultados. Se han sugerido otros esquemas como si el cuadro se presenta sin complicaciones se recomienda solo la isoniazida (HAIN) y el

etambutol y por un período de 18 semanas, además de sugerir que si es una tuberculosis miliar se debiera agregar la Rifampicina, pero en los casos presentados no se logro saber el tipo de tuberculosis. (2).

CONCLUSIONES

La otitis media tuberculosa es hoy en día una enfermedad rara, la que si no es tratada causa gran daño a el oído medio y las estructuras vecinas. No es fácil su diagnóstico. El clínico deberá mantener un alto índice de sospecha y tiene que estar al acecho de los escasos signos que tienden a distinguir a un oído tuberculoso.- El diagnóstico temprano es de total importancia, para el tratamiento médico, el cual ofrece todo prospecto de la erradicación de la infección que en muchos casos puede reelegar el empleo de procedimientos quirurgicos destructivos, permitiendo una subsecuente timpanoplastía y por supuesto el cambio a un resultado funcional bueno.

En algunas maneras la falta de advertencias en las manifestaciones de esta enfermedad ha dado como resultado en un decremento de la sospecha clínica de una etiología tuberculosa para muchos síntomas. Como resultado la tuberculosis continúa aflorando entre ci-

ertos enclaves dentro de las grandes ciudades.

Afortunadamente, la reciente aparición de más publicaciones sobre la otitis tuberculosa y sus signos tempranos han renovado interés y una tendencia más alta para el acecho de esta eminentemente tratable manifestación de una enfermedad rara.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- EMMETT, J.R., FISCHER, N.D. y HIGGERS, W.P.: Tuberculosis Mastoiditis. The Laryngoscope, 88:1157-63, 1976.
- 2.- LUCENTE, F.E., TOBIAS, G.W., PARISIER, S.C. y SOM, P. M.: Tuberculosis Otitis Media. The Laryngoscope, 88: 1107-16, 1978.
- 3.- WINDLE-TAYLOR, P.C. y BAILEY, C.M.: Tuberculosis Otitis Media. The Laryngoscope, 90:1039-44, 1980.
- 4.- M' CART, H.W.D.: Tuberculosis Disease of the Middle Ear. Jour. Laryngol. and Otol., 40:456-460, 1925.
- 5.- ADAMS, J.G.: Tuberculosis Otitis Media: A Complication of Thoracoplasty. Ann. Otol., 51:209-214, 1942.
- 6.- PALVA, T., PALVA, A. y KARJA, J.: Tuberculosis Otitis Media. Jour. Laryngol. and Otol. 87:253-261, 1973.
- 7.- APPLING, D. y MILLER, R.: Mycobacterial Cervical Lymphadenopathy. The Laryngoscope 91:1259-65, Agosto - 1981.
- 8.- TREISSING, G.: Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und Ihre Grenzgebiete, 22:328, 1932.
- 9.- CRAIG, D.H.: Tuberculous Mastoiditis, A Review of Eight Cases. J. Laryngol, Otol., 76:623-638, 1962.
- 10.- TURNER, A.L.: Tuberculosis of the Middle Ear Cleft in Children: A Clinical and Pathological Study. Jour. - Laryngol. Rhinol. and Otol., 30:209-247, 1915.
- 11.- ORMEROD, F.C.: Tuberculosis of the Upper Respiratory tracts. Staples Press Ltd. London, 193-210, 1939.

- 12.- CAWTHON, T., COX, R.H. y PANKEY, G.A.: Tuberculosis Otitis Media with Complications. Southern Medical J. Vol. 71 No. 5:602-4, Mayo 1978.
- 13.- PROCTOR, B. y LINDSAY, J.R.: Tuberculosis of the Ear. Arch. Otol., 35:221-249, 1942.
- 14.- JEANES, M.C. y FRIEDMANN, I.: Tuberculosis of the Middle Ear. Tuercule, Lond., 41:109-116, 1960.
- 15.- WALLNER, L.J.: Tuberculosis Otitis Media. The Laryngoscope, 63:1058-1077, 1953.
- 16.- GOLDSTEIN, M.S.: The Rational Treatment of Tuberculosis Today. Hospital Formulary, Febrero 1977, 78-85.