



11236
1
2ojm
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

COMPLICACIONES INTRACRANEALES DE LA
OTITIS MEDIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. ANA MARIA ALMERAYA HERNANDEZ

ASESOR: DR. ALFONSO MIGUEL KAGEYAMA ESCOBAR



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265263



Universidad Nacional
Autónoma de México



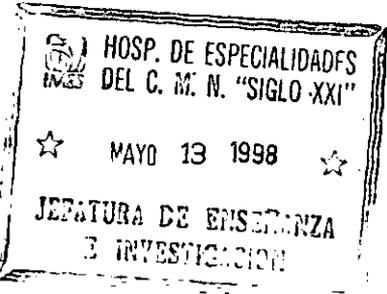
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

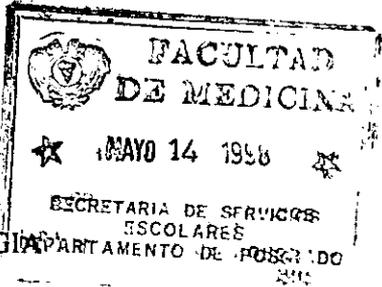
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Niels Wachter Rodarte



DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Alejandro Vargas Aguayo



DR. ALEJANDRO VARGAS AGUAYO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Miguel Alfonso Kageyama Escobar

DR. MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

A TODOS AQUELLOS QUE HICIERON POSIBLE ESTE
SUEÑO

GRACIAS DIOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	10
PROCEDIMIENTOS	11
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	11
CONSIDERACIONES ÉTICAS	11
RESULTADOS	11
COMENTARIO	19
CONCLUSIÓN	20
BIBLIOGRAFÍA	21

INTRODUCCIÓN

La otitis media en su forma aguda ó crónica es una enfermedad potencialmente seria debido a sus complicaciones; estas ocurren cuando la infección se disemina más allá de la mucosa del oído medio y del sistema de celdillas de la mastoides.

En la forma aguda las complicaciones ocurren temprano através de tromboflebitis o de vías anatómicas preestablecidas. En la forma crónica las complicaciones usualmente son causadas por erosión ósea progresiva con daño al nervio facial, laberinto o la dura (1).

Los factores que influyen en el desarrollo de complicaciones son: 1) virulencia del microorganismo y susceptibilidad a la terapia 2) estado inmunológico y 3) el tratamiento adecuado de la infección del oído medio (1,2,3,4).

Algunos autores encontraron que los microorganismos causales son, *Staphilococcus aureus*, *Sthapilococcus albus*, *Streptococcus hemolitico grupo A* y *Neumococcus* en niños; y en los adultos *Staphilococcus aureus* y *Pseudomonas* (2). Otros autores mencionan que el *Hemophilus influenzae tipo B* y los *Neumococcus* son los más frecuentes en la forma aguda. En la crónica *Proteus*, *Klebsiella*, *Difteroides* y combinación de anaerobios (3).

Panda *et.al.* mencionan que en los países desarrollados la morbilidad y mortalidad debido a estas patologías es reducida; mientras que en los países en vías de desarrollo esto es a la inversa debido a que existen áreas que no

cuentan con los beneficios de los servicios especializados (5).

Los principales síntomas que deben hacernos pensar en una posible complicación intracraneal son la cefalea, náusea, vómito, visión borrosa, diplopia, síntomas vestibulares y fiebre. El síntoma tardío más importante es la afección de nervios craneales y déficits neurológicos focales (6,7,8,9).

La meningitis es la complicación intracraneal más frecuente, se presenta en adolescentes y adultos. El microorganismo causal más común es el *Hemophilus influenzae*. Para su diagnóstico la punción lumbar en ausencia de masa intracraneal es el preferido. Su tratamiento es con penicilina y cloranfenicol iniciado 24 horas antes de la mastoidectomía (1,3,4,7,8,9,10).

El absceso cerebral es la segunda complicación intracraneal más frecuente, el cual tiene un pronóstico grave. En la mayoría de los casos es causado por otitis media crónica y colesteatoma. El principal mecanismo es la extensión directa perivascular de la infección, al sitio adyacente al foco infeccioso ó por una tromboflebitis retrograda. También puede diseminarse por vías preformadas, particularmente después de traumatismos o fracturas del cráneo. Los sitios más frecuentes de presentación son en el lóbulo temporal y el cerebelo. Al inicio se encuentra una cerebritis caracterizada por fiebre, cefalea y rigidez de cuello; en cuanto se encápsula y crece inician los signos de compresión y los focales. Para su diagnóstico se requiere de estudios radiológicos como son: tomografía computada y resonancia magnética. Su tratamiento es con antimicrobianos que cubran Gram

negativos y anaerobios previo a la cirugía y continuar por el tiempo suficiente. Se realiza mastoidectomía radical, exponiendo la dura y el seno lateral siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan. El daño cerebral resulta del tiempo que se demore el tratamiento, por lo general es irreversible (1,3,4,10, 13).

El empiema subdural se presenta con muchos de los síntomas de la meningitis, pero la diferencia es que no responde al tratamiento y se presentan alteraciones focales. El diagnóstico es clínico y radiológico. El tratamiento es con drenaje del empiema y antibióticos (1,3,4,7,8,9,10).

La trombosis del seno lateral puede ser el resultado de una diseminación directa de la mastoides ó por tromboflebitis de las venas pequeñas del oído medio; se presenta con otalgía, otorrea, fiebre en picos, manifestaciones de hipertensión endocraneana como son: cefalea, náusea, vómito y visión borrosa; linfadenopatía, dolor occipital y cervical. Sucede con mayor frecuencia en la otitis media crónica que en la aguda; se asocia con trombos en el seno petroso superior y en el seno cavernoso. El diagnóstico es clínico, radiológico y se confirma mediante la exploración quirúrgica, añadiéndose al tratamiento antibióticos (1,3,4,9,13).

Hidrocefalo de origen otológico, a esta patología se le considera idiopática, se sugiere que su fisiopatología se debe a que un trombo no infectado puede extenderse del seno lateral afectado hacia el seno sagital superior, lo que ocasiona aumento de la presión venosa intracraneal por bloqueo del seno transversal; esto da como resultado reducción de la absorción del líquido cerebroespinal por

obstrucción de las granulaciones aracnoideas. El manejo debe ser dirigido hacia el trombo y el proceso inflamatorio del oído con descompresión del sistema del líquido cerebrospinal (2,3,7,9,13).

Si se sospecha de una complicación intracraneal de la otitis media la tomografía computada ha demostrado ser el estudio de elección; ya que muestra tanto el tejido blando como el óseo. En pacientes con signos de meningitis debe hacerse primero una tomografía computada antes de la punción lumbar para descartar un efecto de masa. En casos de trombosis se requieren de medidas especiales que incluyen orientación precisa de los cortes, cortes más finos, concentración del medio de contraste y tipos de ventanas especiales (7,8,9,11,13).

La resonancia magnética es de suma importancia para delinear la formación de abscesos en el espacio epidural, subdural ó en el cerebro. Una señal de alta intensidad en fases T1 y T2 indican trombosis venosa. También se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo arterial y venoso, lo que lo hace el método de elección en el diagnóstico de trombosis del seno y/o de la vena yugular (7,8,9,11,13).

Bluestone y Kenna en 1984 demostraron que la mayoría de los microorganismos eran resistentes a la penicilina y ninguno de estos microorganismos eran resistentes al metronidazol y cloranfenicol, siendo este último el de elección debido a su baja resistencia bacteriana y a su excelente penetración en la barrera hematoencefálica. Recientemente la cefotaxima ha mostrado tener mayores ventajas en el tratamiento de las complicaciones intracraneales con menores efectos adversos (1, 10, 11, 13).

La mastoidectomía simple ó de pared intacta sin timpanoplastía se emplea en presencia de cambios patológicos reversibles, con inflamación leve a moderada de la mucosa del oído medio en otitis media aguda con buena función de la trompa de Eustaquio. La mastoidectomía radical ó radical modificada debe realizarse en casos que presenten cambios patológicos irreversibles como colesteatoma ó granulaciones con pobre función de la trompa de Eustaquio . La decisión de exponer el seno sigmoides y la dura radica en el drenaje de pus, que el tegmen timpani este cubierto de tejido de granulación ó si se encuentra enfermedad perisinusal (1,3,11).

El pronóstico de las complicaciones intracraneales de la otitis media depende el estado de conciencia del paciente a su ingreso, ya que la mortalidad más elevada se encuentra en pacientes estuporosos y comatosos (7).

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia de complicaciones intracraneales en nuestro medio, el tratamiento utilizado y el pronóstico en nuestros pacientes.

HIPÓTESIS

Con el uso de los antibióticos, los métodos de diagnóstico y el tratamiento oportuno de los servicios médicos multidisciplinarios principalmente neurocirugía y otorrinolaringología, la frecuencia de presentación de las complicaciones intracraneales de la otitis media ha disminuido notablemente y el pronóstico es más favorable para estos pacientes.

La mastoidectomía simple ó de pared intacta sin timpanoplastía se emplea en presencia de cambios patológicos reversibles, con inflamación leve a moderada de la mucosa del oído medio en otitis media aguda con buena función de la trompa de Eustaquio. La mastoidectomía radical ó radical modificada debe realizarse en casos que presenten cambios patológicos irreversibles como colesteatoma ó granulaciones con pobre función de la trompa de Eustaquio . La decisión de exponer el seno sigmoides y la dura radica en el drenaje de pus, que el tegmen timpani este cubierto de tejido de granulación ó si se encuentra enfermedad perisinusal (1,3,11).

El pronóstico de las complicaciones intracraneales de la otitis media depende el estado de conciencia del paciente a su ingreso, ya que la mortalidad más elevada se encuentra en pacientes estuporosos y comatosos (7).

El propósito de este estudio es conocer la frecuencia de complicaciones intracraneales en nuestro medio, el tratamiento utilizado y el pronóstico en nuestros pacientes.

HIPÓTESIS

Con el uso de los antibióticos, los métodos de diagnóstico y el tratamiento oportuno de los servicios médicos multidisciplinarios principalmente neurocirugía y otorrinolaringología, la frecuencia de presentación de las complicaciones intracraneales de la otitis media ha disminuido notablemente y el pronóstico es más favorable para estos pacientes.

OBJETIVOS

Corroborar la disminución en la frecuencia de las complicaciones intracraneales de las otitis media mediante la administración de antibióticos, y realización de cirugía adecuada y oportuna para cada patología, y con ello modificar el pronóstico de las mismas transformándolo en favorable para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio clínico retrospectivo *causi experimental* de pacientes con complicaciones intracraneales secundarias a otitis media crónica. El estudio se realizó en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1997.

Las variables independientes son las complicaciones intracraneales de la otitis media y el tratamiento médico - quirúrgico.

Las variables dependientes son la frecuencia de presentación y su pronóstico.

Los criterios de inclusión son todos aquellos pacientes que tuvieron alguna complicación intracraneal por otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997, tratados en el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

OBJETIVOS

Corroborar la disminución en la frecuencia de la complicaciones intracraneales de las otitis media mediante la administración de antibióticos, y realización de cirugía adecuada y oportuna para cada patología, y con ello modificar el pronóstico de las mismas transformándolo en favorable para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio clínico retrospectivo *causi experimental* de pacientes con complicaciones intracraneales secundarias a otitis media crónica. El estudio se realizó en el departamento de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1997.

Las variables independientes son las complicaciones intracraneales de la otitis media y el tratamiento médico - quirúrgico.

Las variables dependientes son la frecuencia de presentación y su pronóstico.

Los criterios de inclusión son todos aquellos pacientes que tuvieron alguna complicación intracraneal por otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997, tratados en el Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Los criterios de exclusión son la no localización del expediente clínico y la pérdida en el seguimiento del paciente.

PROCEDIMIENTOS

El estudio fue realizado por el Dr. Alfonso Miguel Kageyama Escobar y la Dra. Ana María Almeraya Hernández, mediante revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI con complicaciones intracraneales de la otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la frecuencia simple y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requirió de ninguna en especial debido a que se realizó únicamente revisión del expediente clínico

RESULTADOS

CASOS ESTUDIO

CASO 1: Masculino de 20 años de edad con historia de otorrea derecha mucopurulenta fétida continua de 7 años, hipoacusia derecha lentamente progresiva, acúfeno derecho

Los criterios de exclusión son la no localización del expediente clínico y la pérdida en el seguimiento del paciente.

PROCEDIMIENTOS

El estudio fue realizado por el Dr. Alfonso Miguel Kageyama Escobar y la Dra. Ana María Almeraya Hernández, mediante revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI con complicaciones intracraneales de la otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la frecuencia simple y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requirió de ninguna en especial debido a que se realizó únicamente revisión del expediente clínico

RESULTADOS CASOS ESTUDIO

CASO 1: Masculino de 20 años de edad con historia de otorrea derecha mucopurulenta fétida continua de 7 años, hipoacusia derecha lentamente progresiva, acúfeno derecho

Los criterios de exclusión son la no localización del expediente clínico y la pérdida en el seguimiento del paciente.

PROCEDIMIENTOS

El estudio fue realizado por el Dr. Alfonso Miguel Kageyama Escobar y la Dra. Ana María Almeraya Hernández, mediante revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI con complicaciones intracraneales de la otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la frecuencia simple y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requirió de ninguna en especial debido a que se realizó únicamente revisión del expediente clínico

RESULTADOS

CASOS ESTUDIO

CASO 1: Masculino de 20 años de edad con historia de otorrea derecha mucopurulenta fétida continua de 7 años, hipoacusia derecha lentamente progresiva, acúfeno derecho

Los criterios de exclusión son la no localización del expediente clínico y la pérdida en el seguimiento del paciente.

PROCEDIMIENTOS

El estudio fue realizado por el Dr. Alfonso Miguel Kageyama Escobar y la Dra. Ana María Almeraya Hernández, mediante revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI con complicaciones intracraneales de la otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la frecuencia simple y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requirió de ninguna en especial debido a que se realizó únicamente revisión del expediente clínico

RESULTADOS

CASOS ESTUDIO

CASO 1: Masculino de 20 años de edad con historia de otorrea derecha mucopurulenta fétida continua de 7 años, hipoacusia derecha lentamente progresiva, acúfeno derecho

Los criterios de exclusión son la no localización del expediente clínico y la pérdida en el seguimiento del paciente.

PROCEDIMIENTOS

El estudio fue realizado por el Dr. Alfonso Miguel Kageyama Escobar y la Dra. Ana María Almeraya Hernández, mediante revisión del expediente clínico de los pacientes que ingresaron al Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI con complicaciones intracraneales de la otitis media crónica en el período de enero de 1993 a diciembre de 1997.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la frecuencia simple y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requirió de ninguna en especial debido a que se realizó únicamente revisión del expediente clínico

RESULTADOS

CASOS ESTUDIO

CASO 1: Masculino de 20 años de edad con historia de otorrea derecha mucopurulenta fétida continua de 7 años, hipoacusia derecha lentamente progresiva, acúfeno derecho

de segundos de duración no pulsátil de 3 años de evolución. Un mes antes de su ingreso presenta meningitis bacteriana, tratada en otro hospital, desde entonces con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas.

A su ingreso se encuentra con estado de alerta conservado, sin ninguna alteración neurológica; su oído derecho con abundante material purulento, fétido, destrucción de pared posterosuperior con epitelio escamoso en epítimpano, pars tensa íntegra, atelectásica.

Estudio audiológico con hipoacusia moderada derecha de tipo conductivo.

Tomografía computada con empiema frontoparietal derecho, absceso cerebral temporal derecho de 3 x 3 cm con efecto de masa y edema cerebral

Tratamiento: Triple esquema antibiótico, craneotomía frontoparietotemporal derecha con drenaje de absceso y mastoidectomía radical derecha.

Hallazgos: Empiema frontoparietal derecho, absceso temporal derecho, erosión de los conductos semicircular superior y lateral derechos, fistula de líquido cerebroespinal y colesteatoma.

Actualmente el paciente se encuentra sin ningún déficit neurológico; cavidad de mastoidectomía amplia y bien epitelizada.

CASO 2: Masculino de 28 años inicia 12 días previos a su ingreso con otalgia izquierda, cefalea frontal izquierda, vértigo, vómito y otorrea purulenta izquierda. A su ingreso desorientado en tiempo espacio y persona.

Tomografía computada con absceso temporoparietal izquierdo de 4 x 4 cm.

Tratamiento: antibiótico intravenoso realizando el mismo día craneotomía temporal por aspiración, obteniéndose 8 mm de material purulento.

Se continua con los antibióticos sin embargo 7 días después el paciente continua desorientado, con pérdida de memoria reciente y tardía; se hace nueva tomografía computada encontrando ocupación de caja timpánica, mastoides esclerosada y dehiscencia en tegmen timpani, en la exploración física el oído izquierdo con destrucción de pared posterosuperior, epitelio escamoso en epitímpano, abundante secreción purulenta y pars tensa íntegra. El estudio audiológico no valorable por su estado de alerta.

Se le realiza nueva intervención quirúrgica que incluye craneotomía temporal izquierda, drenaje de absceso temporal, plastía de defecto de tegmen timpani con rotación de colgajo muscular y mastoidectomía radical

Hallazgos: absceso temporal izquierdo dehiscencia de tegmen timpani de 7 mm x 7 mm y colesteatoma en epitímpano y mesotímpano.

Actualmente el paciente esta sin ninguna alteración neurológica; la cavidad de mastoidectomía izquierda sin evidencia de infección activa.

CASO 3: Femenino de 58 años con historia de 6 meses con hipoacusia derecha lentamente progresiva, 4 meses con otorrea derecha mucopurulenta continua. Un mes previo a su ingreso presenta cefalea agregándose náusea y vómito así como alteración del estado de alerta acude a otro servicio

médico en donde realizan el diagnóstico de absceso cerebral temporal derecho por tomografía computada, tratada con triple esquema antibiótico no especificado durante dos meses, referida después a esta unidad; en su evaluación inicial su estado de alerta está conservado; oído derecho con conducto auditivo externo con destrucción de pared posterosuperior, epitelio escamoso en ático, pars tensa íntegra atelectásica.

Estudio audiológico con hipoacusia moderada bilateral de tipo mixto.

Tratamiento: se le realizó 7 meses después del tratamiento antibiótico mastoidectomía radical derecha, con reparación de dehiscencia de epitímpano y en un tiempo posterior mastoidectomía radical modificada izquierda.

Hallazgos: dehiscencia de epitímpano con herniación de duramadre, dehiscencia de porción timpánica del nervio facial.

Actualmente la paciente está asintomática, ambas cavidades de mastoidectomía están bien epitelizadas y sin evidencia de infección activa.

CASO 4: Masculino de 22 años con antecedente de otitis media crónica bilateral con cirugía previa en ambos oídos realizada a los 12 años de edad. Reinicia 2 años antes con otorrea derecha mucopurulenta y 3 días antes de su ingreso se agrega otorrea izquierda. Tiene hipoacusia bilateral de 10 años de evolución progresiva de predominio derecho.

A su ingreso oído derecho con aumento de volumen en la raíz del cigoma, cavidad de mastoidectomía ocupada por

pólipo con abundante material purulento. Oído izquierdo con edema de todas las paredes del conducto auditivo externo fácilmente sangrante, con abundante material purulento, mucosa de oído medio con aspecto polipoideo, paresia facial derecha, posterior a la primera cirugía.

Estudio audiológico: con hipoacusia severa izquierda de tipo conductivo con factor sensorial agregado e hipoacusia profunda derecha de tipo mixto.

Tomografía computada: con imagen hiperdensa de 1.9 x 2.5 cm con bordes bien definidos y calcificación parcial de su pared con reforzamiento periférico intenso de localización intracraneana extradural en región temporal derecha.

Tratamiento: se le realizó craneotomía temporal y mastoidectomía radical derechas con resección de la lesión; el diagnóstico histopatológico fue de colesteatoma, se le maneja además con triple esquema antibiótico y difenilhidantoína.

A los seis meses se le realizó tomografía computada de control sin evidencia de recidiva de la lesión, se le realizó también mastoidectomía radical modificada izquierda, ahora como tratamiento de la otitis media crónica izquierda con colesteatoma.

Actualmente está asintomático con ambas cavidades de mastoidectomía bien epitelizadas y sin evidencia de infección activa.

CASO 5: Masculino de 27 años con diagnóstico de otitis media crónica derecha a quien se le realizó 3 años previos a su ingreso mastoidectomía radical derecha.

A su ingreso se detectó oído derecho con cavidad de mastoidectomía ocupada por masa blanquecina de bordes regulares, blanda, no dolorosa, no pulsátil.

Estudio audiológico: demostró hipoacusia severa derecha de tipo conductivo normal.

Tomografía computada con dehiscencia de tegmen timpani masa homogénea que ocupa cavidad de mastoidectomía y que esta en estrecha relación con la porción timpánica del nervio facial.

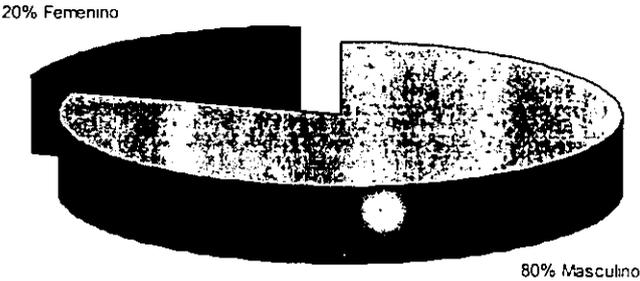
La resonancia magnética reveló una masa que no dependía de parénquima cerebral y sin refuerzo con gadolinio.

Tratamiento: se le realiza revisión de mastoidectomía y resección de la masa dejando matriz de colesteatoma sobre las dehiscencias de duramadre, del nervio facial en la porción timpánica y sobre la ventana oval.

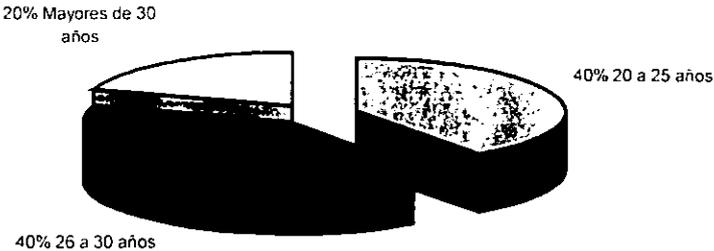
Hallazgos: colesteatoma en cavidad de mastoidectomía, y escama de temporal, con dehiscencia de duramadre de 2 cm y dehiscencia del facial en la porción timpánica.

Actualmente con vértigo ocasional que cede solo, sin descompensación laberíntica. Cavidad de mastoidectomía parcialmente obliterada.

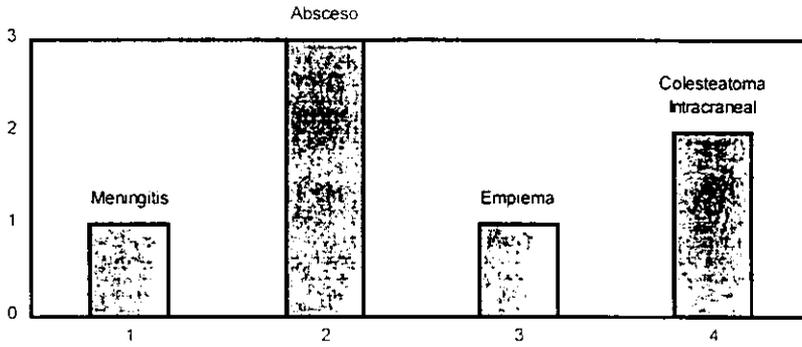
Presentación por sexo de Complicaciones Intracraneales de la Otitis Media Crónica con Colestetoma



Edad de Presentación de las complicaciones Intracraneales por Otitis Media Crónica con Colestetoma

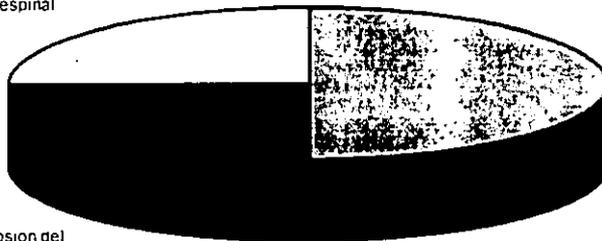


Complicaciones Intracraneales de la Otitis Media Crónica con Colesteatoma



Hallazgos asociados en la Otitis Media Crónica con Colesteatoma

25% Fístula de Líquido Cerebroespinal



50% Erosion de la Porción Timpanica d Nervio Facial

25% Erosion del conducto semicircular

COMENTARIO

Durante el período de estudio, 5 años, se presentaron solo 5 pacientes con complicación intracraneal por otitis media crónica con colesteatoma. La complicación más frecuente es el absceso cerebral de localización temporal y en uno de ellos con extensión parietal (1,6); contrario a lo reportado en la literatura en que la meningitis es la complicación intracraneal más frecuente (1,3,4,7).

La distribución por sexo de las complicaciones intracraneales fue: 4 pacientes masculinos (80%), un paciente femenino (20%). El 80% de los pacientes tenía menos de 30 años esto esta acorde a los reportes previos (1,2,3,11).

A todos los pacientes se les confirmó el diagnóstico de complicación intracraneal secundaria a otitis media crónica por medio de tomografía computada y en un caso se utilizó resonancia magnética con gadolinio para complementación diagnóstica (1,2,3,4,5,6,9,10,11,12,13).

El tratamiento utilizado en todos los pacientes fue con antibióticos intravenosos, cirugía otológica y neurológica. El esquema utilizado de antimicrobianos fue doble o triple, desafortunadamente no se especifica en los reportes el tipo de antibiótico. Con cirugía para drenaje de abscesos, empiema y/o resección de colesteatoma intracraneal y cirugía otológica (mastoidectomía radical); en el caso en que no se realizó cirugía otológica en forma inicial, el paciente evoluciono en forma tórpida, efectuada esta posteriormente, con lo que su evolución fue satisfactoria. El

manejo de los pacientes fue en conjunto con el servicio de neurocirugía (1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,13).

No hubo defunciones. Actualmente solo un paciente tiene vértigo en forma ocasional sin descompensación laberíntica.

CONCLUSIÓN

La incidencia de complicaciones intracraneales secundarias a otitis media crónica ha disminuido en forma importante y en el caso en que estas se presenten, el manejo combinado con antibióticos, cirugía neurológica y cirugía otológica brinda excelentes posibilidades. La mortalidad en nuestro estudio es nula y la calidad de vida es excelente.

manejo de los pacientes fue en conjunto con el servicio de neurocirugía (1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,13).

No hubo defunciones. Actualmente solo un paciente tiene vértigo en forma ocasional sin descompensación laberíntica.

CONCLUSIÓN

La incidencia de complicaciones intracraneales secundarias a otitis media crónica ha disminuido en forma importante y en el caso en que estas se presenten, el manejo combinado con antibióticos, cirugía neurológica y cirugía otológica brinda excelentes posibilidades. La mortalidad en nuestro estudio es nula y la calidad de vida es excelente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kangsanarak, J., Fooanant, S.; Extracranial and intracranial complications of suppurative otitis media. report of 102 cases. *Journal of Laryngology and Otology* 1993; 107: 999 - 1004.
2. Pfaltz, C., Griesemer, C.; Complications of acute middle ear infections. 1983; 133 - 137.
3. Gower, D., Mcguirt W.; Intracranial complications of acute and chronic infectious ear disease: a problem still with us. *Laryngoscope* 1983; 93: 1028 - 1033.
4. Fernandes, C., Steinberg, J.; Intracranial otogenic complications: a persisting problem. *Laryngoscope* 1986; 96: 272 - 277.
5. Panda, N., Sreedharan, S.; Prognostic factors in complicated and uncomplicated chronica otitis media. *American Journal of Otolaryngology* 1996; 17: 391 - 396.
6. Schwaber, M., Pensak, M.; The early signs and symptoms of neurotologic complications of chronica suppurative otitis media. *Laryngoscope* 1989; 99: 373 - 375.
7. Proctor, C.; Intracranial complications of otitic origin. 1966 76: 288 - 307.

8. Myers, E., Ballantine H.; The management of otogenic brain abscess. *Laryngoscope* 1965 75: 273 - 288.
9. Glasscock, M., Shambaugh, G.; Intracranial complications of otitis media. *Surgery of the ear*, Saunders, 4a de; 1990: 249 - 292.
10. Weiner, G., Williams, B.; Prevention of intracranial problems in ear and sinus surgery: a possible role for cefotaxime. *The journal of laryngology and otology* 1993; 107: 1005 - 1007.
11. Maniglia, A., Arnold, J.; Otogenic intracranial abscesses in adults and children. *An ORL Méx* 1994; 39: 189 - 194.
12. Cunningham, M., Stein, E., Weber, A.; Noninvasive radiologic options in evaluating intracranial complications of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 363 - 366.
13. Singh, B., Jugpershad, T.; Radical mastoidectomy: its place in otitic intracranial complications. *The journal of laryngology and otology* 1993; 107: 1113 - 1118.
14. Lee K.J. *Essential Otolaryngology. Head and Neck Surgery*. Editorial Appleton and Lange 6ta edición E.U. A. 1995 pág. 191 - 216.

15. Glasscock Michael; Shambaugh George. Surgery of the Ear. Editorial W.B. Saunders Company E.U.A. 4ta edición 1990 pág. 248 - 275.