

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Otalgia de mala evolución ¿Qué podemos esperar?

Cascado García, N, Pardo Domínguez C, Gutiérrez Perandones MT, Álvarez Aldean J. *Hospital Costa del Sol. Málaga.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La frecuencia de **mastoiditis** ha disminuido mucho desde la introducción de los antibióticos. Aun así, es la complicación otógena más frecuente de las otitis medias, pudiendo asociar complicaciones intracraneales como el absceso epidural, zona de edema (cerebritis) que evoluciona hasta convertirse en una colección purulenta envuelta por una capsula. Etiología: Streptococos y anaerobios

CLÍNICA

- Fiebre, hipertensión intracraneal, deterioro neurológico.
- Crisis (si existe gran componente de cerebritis)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- TC y la RM con contraste.

TRATAMIENTO

- Antibioterapia 4-8 semanas
- Mastoidectomía
- Corticoides y profilaxis anticonvulsiva si precisa.

Objetivo: Revisar un caso clínico de patología poco frecuente, su presentación clínica y su manejo.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años:

Antecedentes médicos: cuadro de otalgia y otorrea de 3 meses de evolución valorado en varias ocasiones por pediatría y otorrinolaringología, con escasa respuesta a antibioterapia tópica, oral e intravenosa (amoxicilina clavulánico y cefixima) así como corticoide tópico.

Enfermedad actual: acude a Urgencias por aumento de otalgia, en cuyo contexto presenta cuadro de agitación psicomotriz con ideas autolíticas que requiere benzodiazepinas para su control.

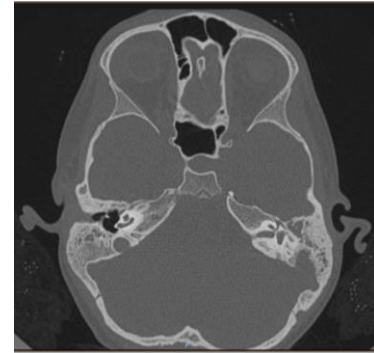
Pruebas complementarias:

- TC craneal urgente: otomastoiditis izquierda con pequeña colección epidural compatible con absceso de 17mm

Actitud: se traslada a hospital de referencia para valoración por neurocirugía → se realizó antrotomía y colocación de tubos de drenaje transtimpánico decidiéndose actitud expectante del absceso epidural.

Evolución durante el ingreso:

- Presenta crisis situacionales de alteración del nivel de conciencia con alteraciones visuales, sugestivo de crisis focales → se inicia levetiracetam.
- Presenta crisis de agitación en probable relación a cerebritis → precisa diazepam, midazolam y haloperidol.
- EEG en vigilia y punción lumbar sin hallazgos. Cultivo de exudado ótico: Streptococo Intermedius
- Tratamiento recibido: ceftazidima + vancomicina + metronidazol (3 días), y posteriormente cefepime + clindamicina (completa 14 días + corticoterapia)
- Alta domiciliaria con mejoría clínica y antibioterapia oral.



CONCLUSIONES

Ante una otalgia y otorrea de larga evolución hay que valorar antibioterapia intravenosa y realizar pruebas de imagen para descartar complicaciones (otomastoiditis, alteraciones anatómicas...)

Aunque la agitación e ideas autolíticas nos orientasen en un primer momento a patología psiquiátrica, es fundamental realizar estudios complementarios para descartar patología orgánica.

Se han descrito trastornos de conducta y crisis en probable relación con complicaciones secundarias a la cerebritis, que en ocasiones requieren tratamiento antiepiléptico para su control.