

Complicaciones Intracraniales de la Otitis Media Supurada

Fernando Silva Chacón

El Otorrinolaringólogo, Pediatra y o el Médico general deben tener en cuenta los peligros potenciales que puede ocasionar una otitis media supurada, la misma que no ha sido tratada o por que recibió un tratamiento inadecuado o por que el antibiótico que estaba tomando no era efectivo para la bacteria por no ser sensible al mismo o por que la bacteria produce betalactamasas que impide actuar al antibiótico, siendo esto los factores que predisponen las complicaciones intracraniales que son las mas graves. De no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo lleva a la muerte del paciente, la misma que se presentaba con relativa frecuencia en la era preantibiotica siendo en la actualidad infrecuente, no por eso no debemos olvidarnos de esta patología que se observa tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada en los 10 últimos años.

En países en vías de desarrollo como el nuestro se debe a problemas económicos que hace que el paciente no tome el medicamento por el tiempo indicado y o por falta de cobertura de atención primaria de salud para diagnosticar otitis media supurada que puede ocasionar complicaciones intratemporales e intracraniales, pasando a describir en este capítulo las complicaciones intracraniales por ser mas raras y de mayor peligro, y que son las siguientes:

Absceso extradural, y o perisinusal, tromboflebitis del seno lateral ,absceso subdural, meningitis, meningoencefalitis, absceso encefálico, hipertensión endocraneal de origen otogeno y el síndrome de Gradenigo lo incluimos por el compromiso de los I y VI pares craneales de localización en relación con el vértice del peñasco.

Tromboflebitis del seno lateral

Se presenta cuando la infección del oído medio es decir el pus del tímpano y mastoides progresa destruyendo las celdillas mastoideas ocasionando tejido de granulación, igualmente el colesteatoma infectado destruye las celdillas mastoideas ,ocasionando destrucción del tegmen timpany y o de la lamina ósea del seno lateral. Se puede observar acumulación de pus entre la duramadre y el tegmen timpany ocasionando el Absceso Extradural .El pus acumulado entre el seno lateral y la lamina ósea se denomina absceso perisinusal., estos abscesos ocasionan generalmente tejido de granulación en la duramadre y el seno lateral. Este pus acumulado es el causante de la tromboflebitis del seno lateral y precursor de las otras complicaciones endocraneales

El absceso extradural o perisinusal en la actualidad es un hallazgo quirúrgico de la otitis media crónica supurada ,ya que su sintomatología esta atenuada por el antibiótico que toma el paciente, se debe sospechar cuando el paciente se queje de cefalea, otalgia, malestar general y fiebre poco elevada pero persistente en toda otitis media supurada, colesteatomatosa o granulomatosa. En la era preantibiotica se presentaba la tromboflebitis del seno lateral con la triada clásica de escalofríos, hemocultivo positivo y prueba de Tobey Ayer positiva que consiste en comprimir la vena yugular interna y medir la presión del LCR que en Los casos de trombosis del seno lateral no se produce ningún aumento no así cuando es normal. Que se observaba en una otitis media supurada.

En la actualidad la trombosis del seno lateral ha desaparecido como complicación de la otitis media aguda supurada. Observándose en la mastoiditis enmascarada por el antibiótico que el paciente ha tomado , o en la otitis media crónica colesteatomatosa o granulomatosa.

La cefalea, fiebre, escalofríos se atenúan o desaparecen estos síntomas cuando el paciente toma antibióticos, el mismo que reaparece unos días después cuando el paciente deja de tomar antibiótico, o ha tomado el antibiótico por un periodo corto.

En mi experiencia he encontrado casos de tromboflebitis del seno lateral, en pacientes sin mayor sintomatología clínica ,siendo este un hallazgo quirúrgico de la otitis media crónica, granulomatosa o colesteatomatosa en el niño, acompañado de absceso epidural y tejido de granulación que envuelve al seno lateral.

Memningitis: hemos observado en pocos casos que han presentado otitis media crónica colesteatomatosa , acompañado a veces de meningoencefalitis, encontramos también en otitis media aguda siendo estos casos muy raros. Los pacientes se presentan con cefalea rigidez de nuca, fiebre, la misma que puede estar o no presente dependiendo si ha tomado o no antibióticos y cambios de carácter.

Fases del absceso encefalico

1. Fase Encefalitis: Se manifiesta clínicamente por presentar cefalea y cambios de carácter, anorexia, letargo, irritabilidad, vómitos, etc. en pacientes con otorrea crónica, el mismo que si toma antibióticos, los síntomas, desaparecen o se atenúan reapareciendo días después de que ha dejado de tomar el antibiótico. Se diagnostica mediante T.C. o R.M.N. observando engrosamiento de la sustancia gris ,
La encefalitis es la primera fase del absceso cerebral, su sintomatología es florida si no esta tomando antibióticos, generalmente responde bien al tratamiento antibiótico, complementado con cirugía otologica de su patología crónica.

2. Fase de licuefacción: Esta segunda fase del absceso encefálico consiste en la licuefacción de la sustancia gris y la localización del absceso, en esta fase ,los síntomas cerebrales remiten, es decir es casi asintomatica, corresponde a la fase silenciosa ,la misma que puede durar varias semanas, dependiendo si ha tomado o no antibióticos. En esta fase comienza a formarse una cápsula fibrosa para englobar el absceso y evitar su diseminación.

3. Fase de encapsulación: Para evitar que el absceso se siga diseminando en el cerebro, se defiende encapsulando ,el mismo que puede localizarse en fosa media o posterior, dependiendo si ha hecho deshiscencia en el tegmen timpany o el seno lateral, esta fase es sintomatica, se manifiesta por cefalea, vómitos sin nausea, convulsiones focalizadas o tónicas clonicas, anorexia, malestar general, palidez ,somnolencia acompañado de irritabilidad, trastornos de la marcha, este ultimo observamos cuando su localización es en fosa posterior o compromete la misma por el edema, se debe realizar fondo de ojo para ver si existe papiledema, que se presenta en el 50 % de los casos, a veces pueden presentar afasia nominal, cuando el absceso se localiza en fosa media a nivel del lóbulo temporal.

El absceso puede ocasionar edema cerebral alrededor o puede crecer rápidamente ocasionando la muerte. Se corrobora el diagnostico mediante RMN o TC con contraste.

El tratamiento es medico(antibioticoterapia I.V.), neuroquirurgico,(drenaje del absceso) y otorrinolaringologico(mastoidectomia radical generalmente). Recordar que la toma de antibióticos puede atenuar la sintomatología clínica del absceso.

4. Fase ruptura y muerte: Cuando el absceso se rompe generalmente al interior del ventriculo, ocasionando la muerte por sepsis.

Tratamiento: En las complicaciones intracraneales se da prioridad a la antibioticoterapia ,de ahí que en la meningitis, meningoencefalitis generalmente ocasionado por el *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) del Grupo A (GAS), por lo que se debe utilizar cefalosporinas de tercera generación, si no se tiene a mano se debe utilizar ampicilina y cloranfenicol o cefalosporinas de primera o segunda generación.

En los abscesos cerebrales en la fase 1 y 2 el tratamiento es antibioticoterapia i.v. recordando que además de las otras bacterias ya mencionadas se encuentra el *Staphylococcus aureus* y *Bacteroides fragilidis* por lo que se debe utilizar los medicamentos antes mencionados y se agrega metronidazol o la clindamicina para los anaerobios, hasta estabilizar al paciente, luego se procede a realizar mastoidectomia radical en las otitis medias crónicas o mastoidectomia simple en las mastoiditis.

En la tercera fase amerita drenar en la brevedad posible el absceso cerebral ,procedimiento que lo realiza el neurocirujano, acompañado de antibioticoterapia i.v. previa y de ser posible en el momento neuroquirurgico

realizar mastoidectomía radical si el paciente lo resiste, caso contrario se lo difiere para realizar días después el tratamiento quirúrgico (otorrinolaringológico) ,cuando ha mejorado las condiciones del paciente. En las complicaciones intracraneales se debe dar antibioticoterapia después del procedimiento.

Quirúrgico otorrinolaringológico y o neuroquirúrgico de 4 a 6 semanas.

Hidrocefalia de origen otico: Se presenta en la infección aguda o crónica del oído o algunos días después de haber sido operado el paciente o tratado médicamente, se asocia generalmente a trombosis del seno lateral y se caracteriza por presentar aumento de la presión intracraneal, sin signos neurológicos focales ni convulsiones ya que el líquido cefalorraquídeo es normal ,es decir no está infectado, el aumento de presión origina cefalea y vómitos, en el fondo de ojo hay edema de papila, en los pocos casos que hemos visto se les ha colocado válvula de derivación ventriculoperitoneal ya que los pacientes estaban en estado crítico, a pesar de que algunos autores refieren que los pacientes se recuperan completamente en tres meses o mas. Para evitar la atrofia óptica sugieren realizar punciones lumbares a repetición para extraer el líquido cefalorraquídeo.

Referencias bibliográficas

- 1) Bento Ricardo, Miniti A. Complicaciones intracranianas de la Otitis Media. Tratado de Otolología . Sau Paulo. ED.USP. Pag.233-241 – 1998.
- 2) Andrade Cessa Helio, Bastos Freitas Edson. Complicaciones de la Otitis Media en la infancia .Otolología e Audiología em Pediatria,Caldas Nelson, Caldas S., Sih Tania. ED.Revinter .Ltda. Pag.106 – 110 Brasil 1999.
- 3) C.D. Bluestone, JO.Klein, Stool S. Intratemporal Complications and sequelae of otitis media. Pediatric Otolaryngology .Vol.1. 3 ed.,W.B. Saunders, Philadelphia . 1996. pp 583- 635.
- 4) Kangsanarak J, Navacharoen N, Fooanant S, Ruckphaopunt K., Intracranial Complications of suppurative Otitis Media: 13 years experience. Am.J.Otol. 1995 Jan;16 (1): 104-109.
- 5) Poignonec S, Lamas G, Fourgeront B,Sichez JP,Guenon P, Szalay M, Begana C, Endocranial Complications of chronic otitis in adults. Ann.Otolaryngol.Chir Cervicof. 1990;107 (5): 333- 340.
- 6) Deric D, Arsovic N, Dordevic V, Pathogenesis and methods of treatment of otogenic brain abscess. Med.Pregl. 1998 Jan.-Feb;51 (1-2):51-5.
- 7) Kaplan DM, Kraus M, Puterman M, Niv A,Leiberman A, Fliss DM, Otogenic lateral sinus thrombosis in children. Int.J.Pediatr. .Otorhinolaryngol. 1999 Aug 20;49(3):177-83.
- 8) Osma U, Cureoglu S, Hosoglu S, The complications of chronic otitis media: report of 93 cases. J.Laryngol.Otol, 2000 Feb;114(2):97- 100.

- 9) Schwager K, Carducci F, Endocranial complications of acute and chronic otitis media in children and adolescents. *Laringorhinologie* 1997 Jun;76(6):335-40.
- 10) Yen PT, Chan ST, Huang TS, Brain abscess : with special reference to otolaryngologic sources of infection. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1995 Jul;113(1):15-22.
- 11) Friedman Ellen M, McGill T, Healy G B, Central Nervous system complications associated with acute otitis media in children. *Laryngoscope* 100 Feb.1990 149-151.