

# *Complicaciones más Frecuentes en Otorrinopediatria*

*Fernando Silva*

Como norma, un niño que presenta una complicación de una patología de oído, nariz y garganta deberá ser hospitalizado para su diagnóstico y tratamientos adecuados. Vamos a presentar, de manera sucinta, cuáles pacientes deberían ser admitidos en el hospital en estas circunstancias.

En el caso de una amigdalitis folicular aguda, pueden ocurrir complicaciones locales y a distancia. Las complicaciones locales infecciosas incluyen la peritonsilitis flegmonosa, en la cual los niños presentan disfagia intensa, fiebre y mucho dolor. El absceso peritonsilar es raro en niños antes de los dos años de edad, siendo más común en niños entre 4-5 años de edad. Las complicaciones a distancia incluyen la glomerulonefritis y la fiebre reumática, fácilmente diagnosticadas por los pediatras.

En nuestra experiencia, el absceso retrofaríngeo como complicación de la amigdalitis es mucho más frecuente que el absceso peritonsilar en niños entre los 2-3 años. En niños que presentan disfagia, fiebre y dolor de garganta deberá ser considerada la posibilidad de un absceso retrofaríngeo debido a un cuerpo extraño, por ejemplo, pero deberá hacerse el diagnóstico diferencial con una amigdalitis aguda no tratada. Otra complicación, puede ser el absceso del espacio faringomaxilar que deberá ser abierto y drenado. Una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM) pueden ser útiles para el diagnóstico.

Un niño que se presenta con una celulitis del espacio vascular de la carótida (*carotid bundle space*) requerirá de tratamiento de emergencia, pues hay riesgo de ruptura de la arteria carótida. El examen físico puede revelar endurecimiento del músculo esternocleidomastoideo, torticollis direccionada al lado opuesto, fiebre y dolor. Si una septicemia estuviera presente, se debe sospechar una trombosis de la vena yugular interna. El tratamiento inicial consiste de antibióticos parenterales, hidratación y corticoides. Si no hay mejoría en 72 horas, se deberá hacer una incisión con drenaje. Es prudente la ligadura de la vena yugular si se encontrara un trombo.

La complicación más frecuente de una sinusitis en niños es la celulitis periorbitaria, que se manifiesta con edema palpebral, exoftalmo, fiebre y dolor.

El absceso del septo acompañado o no de una dacriocistitis puede derivarse de una etmoiditis.

Un absceso subperiostico del etmoides puede causar inflamación alrededor del

tejido adiposo. Estos pacientes pueden cursar con exoftalmo y una limitada motilidad ocular. El tratamiento incluye la administración de antibióticos parenterales y cirugía endoscópica funcional mínimamente invasiva. Si no se diagnostica a tiempo, esta patología puede llevar a una trombosis del seno cavernoso, con un índice de mortalidad alrededor del 30%.

Es importante observar el reflejo pupilar y la motilidad ocular. La sinusitis frontal en niños puede también dar más complicaciones intracraneanas que las sinusitis etmoidal o maxilar.

Pueden ocurrir otras complicaciones intratemporales e intracraneanas. Las complicaciones intratemporales pueden ser causadas por la otitis externa necrotizante o por infecciones oportunistas, presentando generalmente diarrea crónica y bronconeumonía recurrente. La etiología de la otitis externa necrotizante es la *Pseudomonas aeruginosa*, pero el *Aspergillus fumigatum* deberá ser considerado en pacientes HIV positivos con SIDA. Este tipo de otitis es más frecuente en adultos diabéticos que en niños, pero puede ocurrir en desnutridos.

Si un niño desnutrido presenta otorrea, lesión del conducto auditivo externo, (tejido de granulación o exposición de cartílago) y parálisis facial, el diagnóstico de otitis externa necrotizante maligna deberá ser considerado.

Una complicación intratemporal es la mastoiditis, que cursa con edema de la región mastoidea y desaparición del surco retroauricular, provocando el desplazamiento del pabellón auricular hacia delante. En general estos niños tienen una toxemia. El tratamiento consiste en administrar antibioterapia parenteral, drenaje y cirugía. Si la parálisis facial estuviera presente en un niño con otitis media aguda, deberá ser considerado el diagnóstico de nervio facial dehiscente. El nervio facial es afectado por la reacción inflamatoria producida por la actividad bacteriana en el área.

Es importante estar atento a los niños que presentan alteraciones del comportamiento y cefalea intermitente, pues pueden estar desarrollando un absceso cerebral. Son niños que no necesariamente están en coma, pueden tener un cuadro jaquecoso, fiebre y alteraciones de la marcha, así como vómitos a chorro. En un caso de nuestra estadística, el paciente fue programado para la colocación neuroquirúrgica de un shunt peritoneal para el tratamiento de la hipertensión intracraneana causada por el absceso.

### Lecturas recomendadas

1. Seven H, Ozbal AE, Turgut S: Management of otogenic lateral sinus thrombosis. Am J Otolaryngol 2004; 25: 329-33.
2. Penido NOT, Borin TO, Iha LC: Intracranial complications of half otitis: 15 years of experience in 33 patients. Or otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132: 37-42.
3. Stamberger H: endoscopic endonasal surgery, concepts in treatment of recurring rhinosinusitis: Otolaryngol head neck surg. 1986; 94(2): 147-156.
4. Parsons David S. Clinical Pediatric sinusitis Otorrinolaryngology f North

- America. McGraw - Hill. 1996.
5. Davis JP; Stearns MP. Orbital complications of sinusitis: avoid delays in diagnosis. *Post grad Med.J.* 1994 Feb;70(820):108-10.
  6. Ellis M. Arjmand. M.D.. and others. Pediatric sinusitis and Subperiosteal orbital abscess formation: Diagnosis and treatment. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2004, vol. 109 : 886.
  7. Rabuzzi D. and Johnson J. : Diagnosis and management of deep neck infections, *American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*. 1976.
  8. Hora J. F. : Deep neck infections. *Arch. Otolaryngology* 1973, 77:129 – 136.