

MASTOIDITIS

Epidemiología

Es la complicación más frecuente de la OMA

Etiología

En general los mismos agentes que en OMA

Agentes más frecuentes:

- S. Pneumoniae
- H. Influenzae
- Proteus mirabilis
- Streptococos del grupo A

Raros:

- Bacteroides
- Fusobacterium
- Pseudomona aeruginosa

Clasificación:

Existen tres estadios en su evolución: mastoiditis simple, mastoiditis con periostitis y mastoiditis con osteítis.

La mastoiditis simple, definida como inflamación de la mucosa, aparece en la mayoría de las OMA, no se acompaña de signos inflamatorios retroauriculares y no debe considerarse una complicación de la otitis media.

La afectación perióstica por propagación venosa de la infección del oído medio suele acompañarse de signos inflamatorios retroauriculares característicos.

La mastoiditis con osteítis se considera la forma más grave y evolucionada. En este caso se produce la destrucción del hueso trabeculado de las celdillas mastoideas con el riesgo de formación de un absceso subperióstico.

No existen diferencias clínicas entre la mastoiditis con periostitis y la mastoiditis con osteítis, siendo el diagnóstico diferencial exclusivamente por TC.

Clínica

- Agudización síntomas propios OMA con empeoramiento de la clínica, fiebre, reaparición supuración, hipoacusia, aumento de la otalgia (irradiada a región temporal y occipital)

- Signos inflamación mastoides:

- eritema
- dolor a la palpación
- borramiento del surco retroauricular
- desplazamiento del pabellón auricular hacia delante y abajo

-Mastoiditis latente: a veces no hay signos inflamatorios, la membrana timpánica puede mostrar signos inflamatorios o no, pero hay fiebre persistente o recurrente después de una OMA.

Dx diferencial

Trauma auricular o mastoideo
Fractura basilar
Adenopatía cervical
Parotiditis
Quistes y tumores

Complicaciones

-La mastoides se relaciona con la fosa craneal posterior y media, en canal del nervio facial, los senos lateral y sigmoide y la punta del peñasco, y algunas de las complicaciones se derivan de la extensión a estas regiones:

Complicaciones intracraneales

Parálisis facial

-Si la neumatización de la mastoides es extensa (frecuente en la infancia) se puede extender la inflamación a regiones vecinas:

-Mastoiditis de Bezold: absceso punta mastoides → tortícolis

-Proceso cigomático, a veces acompañado de inflamación de mejilla y párpados

-Osteomielitis del temporal

-Absceso subperióstico

-Osteítis: Signos radiológicos de fusión purulenta de la mastoides

-Mastoiditis crónica

Ingreso siempre

Peticiones

-Rx mastoides: Escasa información. Bilateral para comparación → opacificación de las celdas mastoideas

-Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda

-PCR y VSG: ↑↑

-Hemocultivo

-Cultivo exudado ótico +/- cultivo secreción tras miringotomía

-Consulta ORL: Urgente/al día siguiente → Miringotomía

-TAC: según valoración

Tratamiento:

Si <50Kg

-Amoxicilina/Clavulánico: 100 mg/Kg/día IV cada 6h

-Cefotaxima: 200 mg/Kg/día IV-IM cada 6h

-Ceftriaxona: 50-75 mg/Kg/día IV-IM cada 12-24h

-Alergia βlactámicos: Vancomicina 40-60 mg/kg/día IV cada 6h. Pasar mínimo durante 60min para evitar Síndrome rojo. Si se produce, pautar antihistamínicos, disminuir dosis y aumentar el tiempo de perfusión.

Si >50Kg

-Amoxicilina/Clavulánico: 1-2g/6-8h IV

-Cefotaxima: 1-2g/6-8h IV-IM

-Ceftriaxona: 2-4g/24h IV-IM

-Alergia βlactámicos: Vancomicina 1g/12h IV

Tras 48h afebril tratamiento oral con Amox/Clav 80-90 mg/Kg/día o Claritromicina 15mg/kg/día si alergia βlactámicos. En total 10-14 días de tratamiento AB.