

Complicaciones Intracraneanas en Dos Casos de Oto-Mastoiditis Crónica

Por

Dr. Joaquín Berrocal Bindé * Dr. Pedro J. Beirute Blanco **

Las complicaciones intracraneanas de las otitis pueden clasificarse en tres grandes grupos, teniendo en cuenta que la duramadre constituye a veces una barrera natural a la infección.

1°—Las complicaciones situadas en el interior de la duramadre. Son las "complicaciones venosas", los senos venosos se encunetran en un desdoblamiento de la misma.

2°—Las complicaciones "extradurales" son: el absceso extradural, la petrositis profunda de la rosa, la laberintitis.

3°—Las complicaciones "intradurales". Estas son las complicaciones meníngeas, el absceso encefálico ya sea cerebral o cerebeloso.

El panorama de las complicaciones intra-craneanas de las otitis ha cambiado radicalmente desde el advenimiento de las sulfamidas y antibióticos.

Nos basta revisar el cuadro adjunto sacado del Servicio de O. R. L. Infantil del Hospital Trausseau en París, para darnos cuenta de este hecho significativo. (ver página N° 2).

Así de 1925 a 1934 reportan un total de 203 diversas complicaciones venosas que desciende a 72 durante la era de las sulfamidas y al número increíble de 7 durante la era antibiótica.

* Profesor de O. R. L. Facultad de Medicina de Costa Rica.

** Asistente del Servicio de O. R. L. Hospital San Juan de Dios.

Las complicaciones extra e intradurales eran antes del descubrimiento de las sulfamidas y de la penicilina, las más raras de las complicaciones.

Por el contrario, las complicaciones venosas ocupaban un sitio preponderante, en tanto que en la actualidad casi han desaparecido.

Según Lemarié esto podría tener como causa el hecho de que la acción de un antibiótico sobre un tejido dado está en función de la vascularización de ese tejido.

Por otro lado antiguamente la tromboflebitis del seno lateral se debía al gran número de mastoiditis agudas.

Hoy en día la mastoiditis aguda es prácticamente curable con antibióticos, los cuales en la mayor parte de los casos impiden el paso a la osteitis, de ahí que las tromboflebitis sean una rareza.

La revolución aportada a la Oto-rino-laringología por el descubrimiento de los antibióticos fue definitiva y marcó nuevos derroteros en esta especialidad.

La mortalidad de las complicaciones endocraneanas de la otitis media, que era del 25 por mil en la época preantibiótica, pasó a 25 por diez mil (según Courville).

Sin embargo no resolvió definitivamente el problema de las supuraciones auriculares. Seguimos viendo otitis y otomastoiditis crónicas evolucionar por años, algunas con osteitis, otras con colesteatomas y no rara vez con complicaciones endocraneanas.

Numerosas laberintitis en nuestro medio, pasan en el curso de una otitis crónica, desapercibidas. Son tomadas por una crisis de "colecistitis" y apagadas con los antibióticos. Y así insidiosamente, evolucionando la infección y la osteitis junto con el colesteatoma, han llegado a producir abscesos extradurales, cerebrosos, meningitis, etc.

La patología o mejor la clínica, ha tomado nuevas modalidades que hay que estudiar. El uso indiscriminado y no controlado de los antibióticos es el responsable de que muchas otitis agudas de la infancia sean tratadas insuficientemente evolucionando "solapadamente" y estableciéndose la supuración crónica.

Hoy en día son pocos los que en nuestro medio ejecutan paracentesis. Hemos personalmente observado casos de reacciones

Complicaciones venosas	Clasificación	1925 - 1934 Era preantibiótica	1935 - 1946 Sulfas	1947-1954 antibióticos
Primera cifra corresponde a otitis agudas. Segunda cifra a otitis crónicas.	1) Absceso peri-sinusal y periflebitis	123 9	44 4	3 0
	2) Trombosis del seno sigmoide con septicemia.	17 4	4 3	3 0
	3) Trombosis sin septicemia	6 1	2 0	1 0
	4) Septicemia sin trombosis	18 1	6 0	0 0
	5) Trombosis primitiva del golfo de la yugular	4 0	1 0	0 0
	6) Trombosis Sinuso-yugular	11 1	3 0	0 0
	7) Ruptura espontánea del seno en una cavi- dad operatoria.	8 0	0 0	0 0
	TOTAL	187 16 203	60 12 72	7 0 7
Complicaciones encefálicas.	a) Absceso extradural	10 13	7 2	1 3
	b) Absceso intradural	1 0	0 0	0 0
	c) Absceso temporo esfenoidal	5 1	4 0	2 0
	d) Absceso del cerebelo	4 0	2 0	2 1
	e) Encefalitis difusa temporoesfenoidal	1 0	2 0	0 0

mastoideas fluxionares que no cedían a pesar del uso de antibióticos en forma masiva, de un día para otro dar cambio radical, al drenar el pus de la caja.

Los dos casos que presentamos en este trabajo son una prueba más de que todavía las complicaciones endocraneanas existen y ponen en peligro la vida de los pacientes. Felizmente hoy contamos con medios mejores para hacerles frente y un día no muy lejano es posible que desaparezcan completamente. Cuando podamos impedir que los procesos agudos pasen a la cronicidad, con esto se quiere enfatizar, que en la actualidad las complicaciones endocraneanas se hacen siempre o casi siempre, de procesos crónicos, y que, por lo general, los procesos agudos por virulentos que éstos sean, son controlados satisfactoriamente.

No es el objeto de la presente publicación repasar el cuadro clínico de cada una de las complicaciones intra-craneanas, sino el de exponer brevemente la experiencia obtenidas en dos casos particulares, operados en el Servicio de O. R. L. del Hospital San Juan de Dios.

CASO N° 1.—

S. B. P. Sexo femenino.

Edad: 14 años.

Ingresó 24 de junio de 1965.

Alta: 4 de agosto de 1965.

Diagnóstico de ingreso: Otitis media severa O. I. Mastoiditis.

Ingresó la paciente al Servicio porque desde hace 2 días refiere cefalea intensa, fiebre, mareos, malestar general, sudoración, vómitos precedidos de náuseas y otodinia izquierda con otorrea, la cual se ha presentado desde la infancia, bilateral, habiéndose hecho de predominio izquierdo desde hace un año hasta la fecha de su ingreso. Paciente con nivel intelectual pobre, difícil de interrogar, sólo ocasionalmente ha notado su hipoacusia.

La otoscopia revela: O. D. perforación timpánica anterior, con reborde marginal deformado, no supura en la actualidad pero el fondo de caja se ve húmedo. En O. I. se observa gran destrucción de la parte tensa y secreción abundante, pero no se ve una imagen sugestiva de colesteatoma.

El mismo día de su ingreso por la noche, un médico que la atendió plantea el diagnóstico de "probable meningitis purulenta" basado en que la paciente presentaba datos clínicos de: rigidez moderada de nuca, signos de Kerning y Brudzinski positivos, no

lateralización, papilas normales en fondo de ojo. En vista de lo anterior, se solicita interconsulta con el neurólogo que reporta lo siguiente: paciente afebril, rigidez de nuca. Kerning positivo, sensorio normal. Pares craneales son normales, en fondo de ojo se encuentra borramiento del borde nasal en papila derecha, la izquierda es normal. Fuerza muscular y tonus son normales; coordinación es normal; sensibilidad es normal; marcha moderadamente inestable sin pulsión definida. Impresión diagnóstica: "síndrome meningeo"; 1—viral? 2° observación por absceso cerebral de hemisferio derecho. Continuar con penicilina a altas dosis y sulfamidoterapia.

El 4 de julio del 65 se le practicó angiograma cerebral izquierdo no revelando ninguna patología de masa ocupativa endocraneana.

Continúa el edema de papila, 28.000 leucocitos en el hemograma y los últimos exámenes de L. C. R. revelan 450 leucocitos por mm cúbico; albúmina 80 miligramos por % y glucosa 86 miligramos por %; resto negativo.

El estudio radiológico con incidencia de Schuller revela únicamente proceso de esclerosis en ambas mastoides y falta de neumatización.

En vista de que el cuadro no cede, se procede a intervenir a la paciente en colaboración con el neuro-cirujano sospechando un absceso cerebeloso. La intervención practicada fue un "vaciamiento petro-mastoideo" con exposición de todo el seno lateral y de la duramadre cerebelosa. A nivel del antro mastoideo se observan numerosas fungosidades y secreción purulenta. Al descubrir el seno lateral, este se encuentra completamente trombosado en toda su longitud, no existiendo importantes lesiones osteíticas a su alrededor sino una mastoide bastante eburnea. Se desnudó toda la meninge cerebelosa en su porción retro-sinusal, efectuando una punción del hemisferio cerebeloso, buscando un "supuesto" absceso, resultando negativa dicha punción. Se procede entonces a hacer una aticotomía, exponiendo los huesecillos del oído medio, encontrándose el yunque y el martillo muy erosionados con lesiones osteíticas.

Se hace curetaje y limpieza de todas las cavidades, bajando el "muro del facial". Se llena la cavidad antral mediante una musculoplastia, procediéndose por último a hacer la plastia del conducto auditivo y el cierre de los planos blandos con puntos separados.

La evolución post-operatoria fue muy satisfactoria, cediendo todo el cuadro que presentaba la paciente.

CASO N° 2.—

J. M. T. G. Sexo femenino

Edad: 48 años.

Ingreso: 19 de julio de 1965.

Alta: 27 de agosto de 1965.

Diagnóstico de ingreso: "pólipo y otorrea en oído derecho"

Refiere el paciente que desde hace 10 años sufre de otorrea derecha, amarillenta, fétida a veces y de evolución periódica, con remisiones.

La otoscopia en el O. D. revela una "masa tumoral" de aspecto fungoide en el conducto auditivo externo que hace imposible ver bien fondo de caja.

Sangra fácilmente. En el oído izquierdo no se observa patología. El síntoma principal que aqueja al paciente es cefalea intensa e hipoacusia derecha. El estudio clínico pone de manifiesto que se trata de una hipoacusia de transmisión. El estudio radiológico de mastoides revela *"una imagen redondeada" en la parte superior de la misma que corresponde probablemente a un enorme colesteatoma.* Los exámenes de laboratorio de rutina son normales. Se procede a intervenir al paciente el 27 - VII - 65. A través de una incisión retroauricular y sección de partes blandas, se desnuda la cara externa de la mastoide abordando el antro mastoideo. Se encuentra una gran colesteatoma del mismo y una tromboflebitis del seno lateral y un absceso perisinusal extradural conteniendo abundante pus que sale a tensión. La cadena osicular se encuentra destruida y osteítica. Se efectúa la comunicación aditus-caja timpánica, previa extirpación del "puente óseo" (pared externa del aditus). Se efectúa el curetaje y limpieza de las fungosidades del oído medio. Plastia del conducto auditivo externo y cierre de los planos blandos por puntos separados.

El post-operatorio del paciente ha sido satisfactorio, dándosele de alta completamente asintomático.

COMENTARIO:

En el primer caso la paciente ingresa con un cuadro de "irritación meníngea" y el diagnóstico del neurólogo no es definitivo. La primera posibilidad es que sea viral y la segunda un absceso cerebral.

Queremos llamar la atención sobre la importancia que tiene ante un cuadro de irritación meníngea de meningitis o de sepsis intracraneal en general, los antecedentes de patología de tipo infeccioso en oído.

Clinicamente todo "cuadro meníngeo" o de sepsis intracraneana, es un paciente portador de una otitis crónica, hace pensar en primer término que sea de origen otítico.

Un angiograma cerebral izquierdo, descartó en el caso que nos ocupa, la posibilidad de un absceso cerebral. Pero la persistencia del edema de papila y ciertos signos neurológicos, nos hicieron intervenir esta paciente con el fin de eliminar su foco séptico auricular y explorar la región, exponiendo la duramadre cerebelosa para una punción, en busca de un presunto absceso a este nivel.

Los hallazgos operatorios sólo mostraron una amplia trombosis del seno lateral que explica su cuadro meníngeo.

La recuperación post-operatoria tan satisfactoria indica la importancia que debe dársele al foco séptico inicial y la necesidad de su tratamiento adecuado.

El segundo caso tiene el gran interés de tratarse de un absceso extradural por una extensa osteitis que destruyó la pared externa vecina al seno lateral, que clínicamente no daba síntomas importantes. Es muy probable que con antibióticos dados anteriormente, evolucionó "solapada" e insidiosamente, hasta el día en que el proceso osteítico trajo como consecuencia, un granuloma o pólipo que desencadenó un fenómeno de retención, el cual se tradujo en cefaleas y aumento de su hipoacusia.

En síntesis, una fase de agudización dentro del proceso crónico, producida por una falta de drenaje al actuar el pólipo como un tapón. Todo esto hizo que el paciente consultara con nosotros, y que, se le propusiera un tratamiento quirúrgico. Los rayos X revelaban "una extensa zona hiperclara y redondeada que semeja un enorme colesteatoma". Se intervino pensando así, y fue inesperado encontrar un absceso extradural de dimensiones importantes y conteniendo gran cantidad de pus. Una vez más se confirma el hecho conocido del "enmascaramiento de los cuadros" por los antibióticos.

RESUMEN:

Tras una revisión somera, del cambio habido en las complicaciones cerebrales o intracraneales de las otomastoiditis desde el advenimiento de los antibióticos, los autores exponen dos casos de lesiones crónicas de oído con graves complicaciones endocraneales.

Se hace énfasis en el tratamiento quirúrgico del foco séptico inicial.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LEMARIEY A. "Oto-Rhino-Laryngologie Infantile". Masson Cie. París. (Pág. 735-751) 1956.
 - 2) COLL J. "Complications veineuses des Oto-Mastoidites". Encyclopedie Medico-Chirurgicale" tomo I N° 20135-1952.
 - 3) MOULONGUET A. Piquet J. J. "Meningites Otogenes". Encyclopedie Medico-Chirurgicale" tomo I, N° 20150. 1962.
 - 4) PIQUET J. "Absés encéphaliques". Encyclopedie Médico-Chirurgicale". tomo I N° 20160. 1962.
-