

COMUNICACIÓN ORAL EN CONGRESO

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE MASTOIDITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Diagnostic and Therapeutic Protocol of Acute Mastoiditis in Pediatric Patients

Jesús Eduardo RAMÍREZ-SALAS ¹; José Ignacio BENITO-OREJAS ²; María Luisa BARTOLOMÉ-CANO ²;
María Elena PÉREZ-GUTIERREZ ²; Victoria DUQUE-HOLGUERA ²; Jaime SANTOS-PÉREZ ²

¹Complejo Asistencial Universitario de León.

²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia: eduardoramirez100@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: con el término de mastoiditis nos referimos a la infección supurativa de las celdas mastoideas, que constituye la complicación más frecuente de la otitis media aguda, pero que, en ocasiones, puede ser la primera manifestación de la misma. No existe un consenso unificado sobre el diagnóstico, tratamiento médico-quirúrgico y seguimiento de esta patología. Nuestro objetivo ha sido establecer un protocolo diagnóstico y terapéutico de la mastoiditis aguda en edad pediátrica, entre los servicios de otorrinolaringología y pediatría en un hospital de tercer nivel.

Método: se ha realizado una revisión de la literatura disponible hasta la actualidad y de las recomendaciones de las sociedades científicas de pediatría y otorrinolaringología nacionales e internacionales, para establecer criterios unificados que nos permitieran, entre especialidades diferentes, el adecuado manejo del paciente pediátrico con mastoiditis aguda.

Resultados: el diagnóstico clínico queda establecido por la presencia de 3 de los 4 signos siguientes: protrusión del pabellón auricular, eritema retroauricular, dolor retroauricular a la palpación e inflamación retroauricular con o sin fluctuación. Ante este diagnóstico, se solicitará una analítica general y se realizará un cultivo si existe otorrea. El ingreso del paciente lo realizará el Servicio de Pediatría y habrá un seguimiento conjunto con el Servicio de Otorrinolaringología, quien, en un primer momento, llevará a cabo, bajo sedación en quirófano, una miringotomía, con colocación de drenaje transtimpánico, revisando ambos oídos. Si hay sospecha de absceso subperióstico sin otra complicación, se confirmará mediante punción y

se drenará en el mismo acto quirúrgico. El tratamiento antibiótico por vía parenteral, será prioritariamente: amoxicilina-ácido clavulánico o cefuroxima, y como alternativa: ceftriaxona/cefotaxima, utilizando en pacientes alérgicos, quinolona (levofloxacino). En casos muy seleccionados, podrá hacerse tratamiento ambulatorio. Solicitaremos la tomografía computarizada, cuando no haya mejoría tras 48 horas de tratamiento, si el diagnóstico es dudoso o ante una posible complicación extracraneal (excepto en caso de absceso subperióstico, donde puede realizarse ecografía); también si sospechamos complicación intracraneal, enfermedad grave o apariencia tóxica, mastoiditis recurrente o colesteatoma. Solicitaremos resonancia magnética en caso de hipoacusia neurosensorial, parálisis facial, vértigo o complicaciones vasculares.

Discusión: actualmente la mastoiditis aguda es una complicación infrecuente pero que entraña alta morbimortalidad. El espectro clínico varía desde la ausencia de síntomas y resolución espontánea, hasta la enfermedad progresiva con graves complicaciones de estructuras vecinas. La unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos entre los diferentes especialistas permite un manejo más adecuado de estos pacientes, evitando intervenciones y pruebas complementarias que aumentan los costes sin aportar mayor beneficio.

Conclusiones: Consideramos que, ante la falta de criterios únicos, es conveniente desarrollar e implantar un protocolo diagnóstico y terapéutico multidisciplinar de pacientes pediátricos con mastoiditis aguda, para poder evaluar con mayor precisión, su eficacia y el riesgo de posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: mastoiditis aguda; complicaciones; absceso subperióstico; intracraneal; mirinotomía; antibióticos.

SUMMARY: Introduction and objective: with the word mastoiditis we mean suppurative infection of mastoid cells, being the most frequent complication of acute otitis media, but that sometimes is the main manifestation of it. There is no unified consensus on the diagnosis, medical-surgical treatment and follow-up of this pathology. Our objective has been to establish a diagnostic and therapeutic protocol for acute mastoiditis in children, between the otorhinolaryngology and pediatric services in a tertiary care hospital.

Method: a review of the literature available to date and of the recommendations of the national and international scientific societies of pediatrics and otorhinolaryngology has been made.

Results: the clinical diagnosis is established by the presence of 3 of the 4 following signs: protrusion of the auricle, postauricular erythema, painful postauricular palpation, and postauricular swelling with or without fluctuance. If this diagnosis is made, blood tests will be requested and a bacterial culture will be performed if there is otorrhea. The patient will be admitted by the Pediatric Service and there will be a joint follow-up with the Otorhinolaryngology Service, and under sedation in the operating room, a myringotomy will be performed, with ear tube insertion, checking both ears. If there is suspicion of a subperiosteal abscess without another complication, it will be confirmed by puncture and will be drained in the same surgery. Treatment will be parenteral, prioritizing amoxicillin-clavulanate or cefuroxime, and as an alternative ceftriaxone/cefotaxime, using quinolone (levofloxacin) in allergic patients. In very selected cases, outpatient treatment may be done. We will request computed tomography, when there is no improvement after 48 hours of treatment, if the diagnosis is in doubt or with a possible extracranial complication (except in the case of subperiosteal abscess, where ultrasound can be performed); also, if we suspect intracranial complication, severe disease or toxic appearance, recurrent mastoiditis or cholesteatoma. We will request magnetic resonance in case of sensorineural hearing loss, facial paralysis, vertigo or vascular complications.

Discussion: currently, acute mastoiditis is an infrequent complication but it is associated with high morbidity and mortality. The clinical spectrum varies from the absence of symptoms and spontaneous resolution, to progressive disease with serious complications of nearby structures. The unification of diagnostic and therapeutic criteria among the different specialists allows a more adequate management of these patients, avoiding interventions and complementary tests that increase costs without providing greater benefit.

Conclusions: We believe that in the absence of single criteria, it is convenient to develop and implement a multidisciplinary diagnostic and therapeutic protocol for pediatric patients with acute mastoiditis, in order to more accurately assess its effectiveness and the risk of possible complications.

KEYWORDS: acute mastoiditis; complications; subperiosteal abscess; intracranial; myringotomy; antibiotics.