

Osteomielitis de la base del cráneo en una paciente inmunocompetente: ¿una enfermedad multifactorial?•

Patricia Enríquez Serratos,* Gabriela Estrada Ávila,** Fermín Zubiaur Gomar,*** Rafael García Palmer****

Resumen

Se comunica un caso de osteomielitis de la base del cráneo en una paciente inmunocompetente de 23 años de edad, así como sus características clínicas, radiológicas e histopatológicas, y la estrategia de tratamiento.

Abstract

We present the case of a 23 year-old immunocompetent female patient with base of skull osteomyelitis. Clinical presentation, radiology and histopathology findings, as well as treatment strategy are discussed.

Palabras clave:

otitis externa maligna, necrotizante, osteomielitis de la base del cráneo, inmunocompetente.

Key words:

malignant otitis externa, necrotizing, base of skull osteomyelitis, immunocompetent.

Introducción

La osteomielitis de la base del cráneo, antes llamada otitis externa maligna (necrotizante), fue descrita inicialmente por Meltzen en 1959.¹ Chandler reportó la primera serie de casos de 1968² a 1974.³ Este padecimiento es una infección invasora del conducto auditivo externo y la base del cráneo, que típicamente se manifiesta en ancianos con diabetes mellitus. En 98% de los casos, el organismo involucrado es

Pseudomonas aeruginosa.⁴ Los pacientes positivos para el virus de la inmunodeficiencia humana la sufren frecuentemente a una edad menor, sin necesidad de ser diabéticos.⁵ La osteomielitis de la base del cráneo es rara en niños, sólo se conocen 20 casos, todos ellos secundarios a *Pseudomonas aeruginosa*.⁶

Existen reportes de dos casos en pacientes inmunocompetentes, ambos de origen micótico.^{7,8}

• Cartel presentado en el LVIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, AC, Cancún 2008.

* Residente de cuarto año de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

** Otorrinolaringólogo egresado.

*** Médico asociado.

**** Médico tratante.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México.

Correspondencia: Dra. Patricia Enríquez Serratos. Ejército Nacional núm. 613, colonia Granada, México, DF, CP 11560.

Correo electrónico: paty_lou@hotmail.com

Recibido: enero, 2010. Aceptado: febrero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Enríquez-Serratos P, Estrada-Ávila G, Zubiaur-Gomar F y col. Osteomielitis de la base del cráneo en una paciente inmunocompetente: ¿una enfermedad multifactorial? *An Orl Mex* 2010;55(3):111-113.

Caso clínico

Una paciente de 23 años de edad, sin antecedentes de importancia, refirió haber sufrido plenitud ótica intermitente bilateral y otalgia izquierda ocasional durante los siete meses previos, por lo que se le colocaron tubos de ventilación bilateral y se le realizó rinoseptoplastia. Permaneció asintomática durante un mes, tras el cual experimentó otalgia e hipoacusia bilateral, de predominio izquierdo, otorrea y acúfeno de tono agudo, además de la protrusión del tubo de ventilación izquierdo. Acudió con el médico tratante, quien le indicó tratamiento antibiótico; esto sólo disminuyó parcialmente los síntomas, motivo por el cual se decidió hospitalizarla.

El examen físico inicial reveló un conducto auditivo externo izquierdo hiperémico, edematoso, con secreción hialina y restos hemáticos, y membrana timpánica íntegra, opaca e hiperémica. La acumetría indicó diapasones no concluyentes. Los pares craneales no mostraron ninguna anomalía. No había dolor ni crépito en la articulación temporomandibular bilateral.

Los estudios de laboratorio arrojaron una velocidad de sedimentación globular de 50 mm por hora y parámetros normales en la biometría hemática y la química sanguínea. Se tomaron tres cultivos de la secreción del oído izquierdo, uno de los cuales fue positivo para *Staphylococcus epidermidis*. La prueba de ELISA para virus de inmunodeficiencia humana resultó negativa.

La tomografía computada de oídos (figura 1) reveló densidad de tejidos blandos que ocupaba el conducto auditivo externo izquierdo, opacificación de las celdillas mastoideas ipsilaterales, sugerentes de mastoiditis concomitante, y densidad de tejidos blandos en la caja timpánica derecha. La resonancia magnética de cráneo mostró afectación medial de la base del cráneo (figura 2). El rastreo con leucocitos marcados con In-111 y Tc 99m-SC (figura 3) fue positivo para infección con actividad osteoblástica.

La paciente fue referida al servicio de infectología, donde se le prescribió tratamiento antibiótico y antimicótico con tazobactam-piperacilina, vancomicina y fluconazol. Se le realizó una mastoidectomía simple con toma de biopsia. El diagnóstico histopatológico fue: celdillas mastoideas izquierdas con inflamación crónica por células plasmáticas, compatible con osteomielitis crónica inespecífica; cortical de mastoides izquierda sin alteraciones; conducto auditivo externo izquierdo con ulceración de la epidermis, tejido de granulación e inflamación aguda y crónica.

Después de la operación, la paciente evolucionó favorablemente, por lo que se le dio de alta a los cinco días, con la indicación de que continuara con el mismo esquema antibiótico y antimicótico. En la actualidad, no ha recaído ni sufrido ninguna complicación.

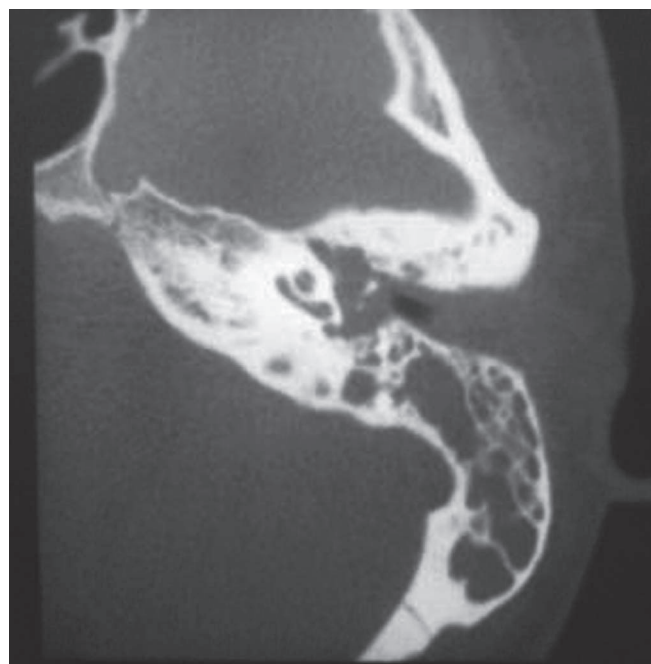


Figura 1. Tomografía computada simple de oído, en cortes axiales.

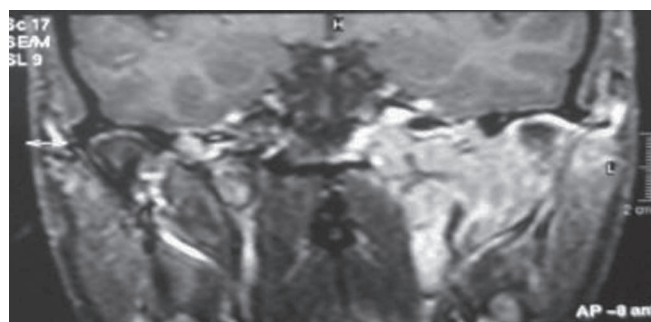


Figura 2. Resonancia magnética de cráneo en T1.

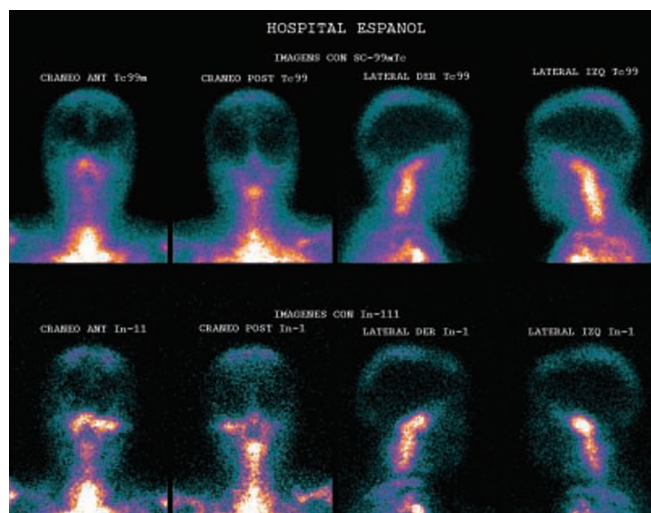


Figura 3. Gammaografía con Tc 99m e In-111.

Discusión

Este padecimiento se acompaña generalmente de otalgia y otorrea que no responden a tratamiento tópico, como en el caso descrito aquí. El dolor es más intenso que el que provoca la otitis externa aguda, aunque en un inicio las dos enfermedades son difíciles de diferenciar. El dolor en la osteomielitis de la base del cráneo tiende a ser nocturno y se extiende a la articulación temporomandibular, como ocurrió a esta paciente después de la operación.

El tejido de granulación en el piso del conducto auditivo externo es un hallazgo frecuente en la unión osteocartilaginosa, aunque no siempre se observa en pacientes atípicos (VIH positivos y niños). Al avanzar la enfermedad, aparece la osteomielitis de la base del cráneo y de la articulación temporomandibular, esto puede ser concomitante con la parálisis de nervios craneales.

No existe un criterio patognomónico para diagnosticar este tipo de osteomielitis. Su identificación depende de una constelación de hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos.

Referencias

1. Meltzen PE, Kelemen G. Pyocutaneous osteomyelitis of the temporal bone, mandible, and zygoma. *Laryngoscope* 1959;169:1300-1316.
2. Chandler JR. Malignant external otitis. *Laryngoscope* 1968;78:1257-1294.
3. Chandler JR. Malignant external otitis and facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am* 1974;7:375-383.
4. Rubin J, Yu VL. Malignant external otitis: insights into pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and therapy. *Am J Med* 1988;85:391-398.
5. Ress BD, Luntz M, Telischi FF, et al. Necrotizing external otitis in patients with AIDS. *Laryngoscope* 1997;107:456-460.
6. Coser PL, Stamm AE, Lobo RC, et al. Malignant external otitis in infants. *Laryngoscope* 1980;90:312-316.
7. Cunningham M, Yu VL, Turner J, et al. Necrotizing otitis externa due to *Aspergillus* in an immunocompetent patient. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:554-556.
8. Shelton JC, Antonelli PJ, Hackett R. Skull base fungal osteomyelitis in an immunocompetent host. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:76-78.