

Otomastoiditis tuberculosa y parálisis facial: Reporte de caso

Navarro-Meza María Cristina, González-González José Antonio, Leal-Lomeli José Ramón
y Carmona-Navarro David Enrique.

Autor para correspondencia

María Cristina Navarro Meza. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE, México.

Domicilio: Arista 1525 Sector Hidalgo, Colonia Centro C.P. 44100, Zapopan, MX.

Teléfono: (52) 333 826 0066

Fax: (52) 333 826 7010

Contacto al correo electrónico: navmezacris@yahoo.com.mx

Palabras clave: Mastoiditis, parálisis facial, tuberculosis.

Keywords: Facial palsy, mastoiditis, tuberculosis.



Otomastoiditis tuberculosa y parálisis facial: Reporte de caso

Navarro-Meza MC^a, González-González JA^b, Leal-Lomeli JR^b, Carmona-Navarro DE^c

Resumen

La incidencia de mastoiditis tuberculosa en México es de 0.04% a 0.9%. Su diagnóstico es complicado lo que correlaciona con el tratamiento tardío pudiendo tener complicaciones severas. Presentamos el caso de una paciente femenina de 2 años con esquema de vacunación incompleto, mastoiditis coalescente, parálisis facial izquierda, estertores pulmonares y datos de meningitis en quien se diagnosticó otomastoiditis tuberculosa.

Palabras clave: *Mastoiditis, parálisis facial, tuberculosis.*

Tuberculous Otomastoiditis-Related Facial Nerve Palsy: A Case Report

Abstract

The incidence of tuberculous otomastoiditis in Mexico is 0.04 to 0.9%. The diagnosis is often difficult and is related to delayed treatment and possible severe complications. We present the case of a 2 year old female with incomplete vaccination schedule, coalescent mastoiditis, left facial palsy, pulmonary rales and meningeal signs, diagnosed with tuberculous otomastoiditis.

Key words: *Facial palsy, mastoiditis, tuberculosis.*

a. Jefatura de Enseñanza e Investigación, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, MX.

b. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, MX.

c. Servicio de Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia

Maria Cristina Navarro Meza. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE, México.

Domicilio: Arista 1525 Sector Hidalgo. Colonia Centro C.P. 44100, Zapopan, MX.

Teléfono: (52) 333 826 0066

Fax: (52) 333 826 7010

Contacto al correo electrónico: navmezacris@yahoo.com.mx

Introducción

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* afecta a unos 2,000 millones de personas en todo el mundo, y provoca más de 8,8 millones de nuevos enfermos y casi 2 millones de defunciones por año.¹ La mastoiditis tuberculosa se describió en los inicios del siglo XVIII, pero el microorganismo se aisló hasta 1883 por Eschle. La incidencia de otomastoiditis tuberculosa en México es de 0.04% a 0.9%.^{1,2} En la patogenia se han propuesto cinco vías de diseminación: 1) secundaria a propagación de la infección a través de la trompa de Eustaquio, 2) por vía hematógena, 3) implantación directa del conducto auditivo externo, 4) extensión de estructuras vecinas y 5) infección congénita a través de la circulación placentaria o durante el paso del canal del parto.³ Su inicio suele ser insidioso, con signos y síntomas inespecíficos que dificultan y demoran su diagnóstico e incrementan el riesgo de complicaciones.⁴ Presentamos el caso clínico de una paciente con mastoiditis tuberculosa y parálisis facial, que desarrolló meningitis; en la que el retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento desencadenó complicaciones mortales.

Presentación de caso

Se trata de paciente femenina de 2 años originaria y residente de zona rural, con esquema de vacunación incompleto, quien acudió por presentar, fiebre, tos, dificultad respiratoria y supuración del oído izquierdo. Se inició tratamiento con amoxicilina/clavulanato sin tener respuesta. Seis días posteriores desarrolló síntomas neurológicos caracterizados por alteración de la conducta, desviación de comisura bucal hacia la izquierda además de un episodio de síndrome confusional, motivo por el cual ingresó al servicio de Otorrinolaringología. A su ingreso la paciente estaba somnolienta, febril, se encontró en el lado izquierdo del cuello una adenopatía grado II, menor a 1 cm, móvil, no dolorosa. En cara se observó desaparición de los pliegues nasogenianos y frontales izquierdos, desviación de la comisura bucal a la derecha en reposo y cierre ocular izquierdo incompleto al máximo esfuerzo, parálisis facial Grado III de *Brackman-House* (Figura 1). En el pabellón se encontró aumento del volumen retroauricular y el conducto auditivo externo del



Figura 1. Desviación de la comisura bucal a la derecha en reposo y cierre ocular izquierdo incompleto al máximo esfuerzo, parálisis facial Grado III de *Brackman-House*.

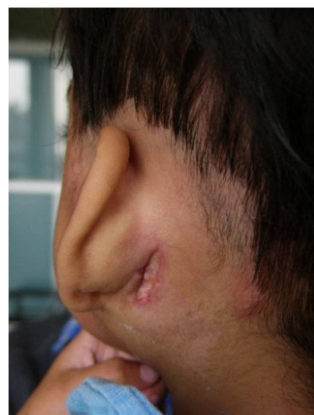


Figura 2. Fístula a nivel de punta de mastoides.



Figura 3. Radiografía de tórax con múltiples infiltrados tipo nodular difuso, con predominio en campo pulmonar derecho.

oído izquierdo con otorrea amarillo-café espesa; sin embargo, la membrana timpánica se observó con perforación central de 50% en los cuadrantes posteriores, con remanente engrosado, placas tímpano-escleróticas, mango del martillo cubierto por remanente, *pars flaccida* íntegra, mucosa de caja con secreción (Figura 2).

En los campos pulmonares se encontraron estertores bilaterales inspiratorios. Dentro de los exámenes complementarios se realizó radiografía de tórax encontrando múltiples infiltrados nodulares (Figura 3).

En la tomografía de oído izquierdo se reportó coalescencia de celdillas mastoideas y destrucción de la cadena de huesecillos (Figura 4). Se realizó prueba cutánea de PPD reportándose como positiva, el citoquímico del líquido cefalorraquídeo reportó 102 células/mm³, 70% mononucleares con hipoglucorraquia de 21 mg/dL, proteínas elevadas de 201 mg/dL y ADA (adenosin deaminasa) de 12,1 UI/L. El cultivo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Después de 48 horas a pesar de tratamiento, fallece.

Discusión

La otitis media tuberculosa es una rara condición. A principios del siglo XX, la tuberculosis causaba sólo del 3 al 5% de los casos de otitis media crónica supurada, siendo en la mayoría de los casos sub-diagnosticada.⁵ La tuberculosis del oído medio es una enfermedad más prevalente en los niños.⁶ La presentación clínica típica suele ser otorrea indolora con múltiples perforaciones de la membrana timpánica, los

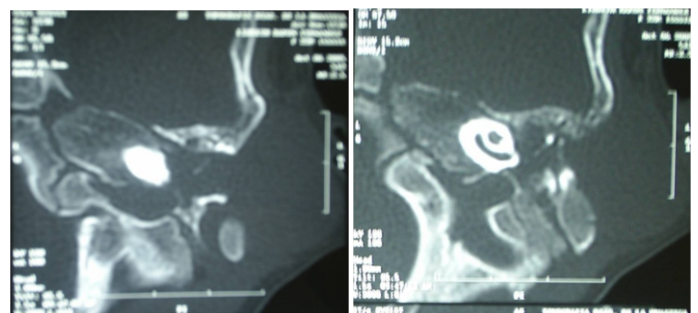


Figura 4. Tomografía de oído izquierdo A) Coalescencia de celdillas mastoideas, B) Destrucción de la cadena de huesecillos.

pacientes presentan otalgia significativa, probablemente causada por la presión ejercida por el tejido granulomatoso en la mastoides y sobreinfección bacteriana.⁷⁻¹⁰ Sin embargo, en los pacientes inmunocomprometidos la clínica suele ser más agresiva. En la tomografía se puede observar reabsorción de huesecillos y lesiones de la cortical mastoidea y del hueso temporal, así mismo el nervio facial puede estar envuelto en tejido de granulación.^{11,12}

Conclusiones

La otomastoiditis tuberculosa, es una forma de presentación rara, las manifestaciones clínicas son variables. La vacunación oportuna en los pacientes pediátricos disminuye el riesgo de infección. El retraso en el diagnóstico aumenta la morbilidad del padecimiento.

Referencias bibliográficas

- Herrera Baltazar Eva María, Contreras Herrera Roxana, Vargas Aguayo Alejandro. *An Orl Mex* 2007, Vol 52, No 1, 39-43.
- Juanet G, Acuña Juan A, Mirta, & Casar C, Carlos. Otomastoiditis tuberculosa: A propósito de un caso. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 2011, 27(1), 43-48.
- Muñoz A, Ruiz-Contreras J, Jiménez A, Maté I, Calvo M, Villafruela M, et al. Bilateral tuberculous otomastoiditis in an immuno-competent 5-year-old child: CT and MRI findings. *Eur Radiol* 2011; 19: 1560-3.
- González J Benito, González F Benito, Santa Cruz Ruiz S, Gómez González JI, Coscarón Blanco E, Cordero Sánchez M, Del Cañizo Álvarez A. *Anales Otorrinolaringológicos Ibero-Americanos* 2003, 30(1):47-59.
- Bunamé Gustave, Namwagala Justine, Ndoleriire Christopher, Alele David. Tuberculous Mastoiditis: A rare occurrence. *J Infect Dis Ther* 2013, 1:3.
- Abada RL, Nadeff N, Elkhiafi G, Rouadi S, Mahtar M, et al. Tuberculous Mastoiditis: Report of an Uncommon Case in Morocco. *Otolaryngology* 2012, 2:119. doi:10.4172/2161-119X.1000119
- Chmielik LP, Ziolkowski J, Koziolok R, Kulus M, Chmielik M. Ear tuberculosis: clinical and surgical treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008, 72: 271-274.
- Hamouda S, Opsomer H, Delattre A, Thumerelle C, Flammarion S, et al. Tuberculous otitis media. *Med Mal Infect* 2008, 38: 608-611.
- Thandar MA, Fagan JJ, Garb M. Extensive calvarial tuberculosis: rare complication of tuberculous mastoiditis. *J Laryngol Otol*. 2004; 118:65
- Brinson GM. Advanced therapy of otitis media. *Otol Neurotol* 2004; 25:414-5.
- Thandar MA, Fagan JJ, Garb M. Extensive calvarial tuberculosis: rare complication of tuberculous mastoiditis. *J Laryngol Otol*. 2004; 2; 118:65-68.
- Pérez Porcuna T, Díaz Conradi A. Otomastoiditis tuberculosa en un paciente de origen Magrebian. *Pediatr (Barc)* 2006; 64(1):100-8.