

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

**Guía de Referencia
Rápida**

SEDENA

SEMAR

**Diagnóstico y Tratamiento de
Mastoiditis Aguda**

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-521-11**



**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

H70 Mastoiditis y afecciones relacionadas

H70.0 Mastoiditis aguda

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Mastoiditis aguda

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La mastoiditis, o diseminación de la infección a la estructura trabecular ósea de la apófisis mastoides, que era una complicación relativamente frecuente en la era pre-antibiótica, ha llegado a ser una eventualidad rara tras la utilización corriente de antibióticos en la práctica pediátrica. Está considerada una infección del hueso temporal que se presenta asociada y como una complicación importante de la OMA. Es más común en el grupo de población infantil, el manejo completo puede incluir antibióticos intravenosos con drenaje agudo (miringotomía), inserción de tubos de ventilación y/o mastoidectomía .

FACTORES DE RIESGO

Es importante que durante el interrogatorio se indaguen:

- cuadros de OMA con tratamientos previos
- inmunodeficiencia en especial menores de 4 años

DIAGNÓSTICO

En pacientes con antecedente reciente de OMA que continúa con sintomatología se deberán investigar:

- Otalgia
- Letargo
- Dolor cervical
- Rinorrea
- Hipoacusia
- Mareo o vértigo

Además de explorar en busca de adenopatías congestión de la membrana timpánica cambios del conducto auditivo externo, signos neurológicos y/o debilidad facial, desplazamiento anteroinferior del pabellón auricular

Es importante realizar el diagnóstico diferencial en casos de dudas y considerar otros problemas como meningitis, celulitis, edema parotídeo, tumores o quistes óseos, además de fracturas en caso de trauma

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- En los pacientes que se detecte secreción en el oído debe tomarse la muestra para realizar cultivo de exudado ótico o bien del material obtenido durante la miringotomía siempre y

cuando el paciente no haya recibido antibiótico que ponga en duda los resultados

- Se recomienda solicitar tomografía computada para apoyo diagnóstico cuando:
 1. Se sospecha de daño a estructuras vecinas a la mastoides
 2. Existe deterioro del paciente
 3. El cuadro clínico no mejora en las primeras 72 horas (presencia de síntomas neurológicos)
- Cuando los datos clínicos permiten sospechar complicaciones intracraneales, la resonancia magnética puede aportar información útil para determinar las complicaciones a este nivel

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento profiláctico en los casos de OMA no está justificado como medida preventiva de la mastoiditis ya que la mayoría de los pacientes tienen una recuperación sin complicaciones después de una mastoidectomía o antibióticos intravenosos.

Todos los pacientes con diagnóstico de mastoiditis son candidatos a tratamiento intravenoso con un esquema de amplio espectro durante 1 semana y continuar con esquema vía oral. Tomando en consideración los patógenos reportados en diversas series es conveniente incluir una cefalosporina combinada con alguno de los siguientes, metronidazol, clindamicina, amoxicilina + Ácido clavulánico y continuar con esquema vía oral durante un mes

Aquellos pacientes a los que se les realizó cultivo de secreción de oído es conveniente realizar el ajuste de antibióticos de acuerdo al microorganismo reportado cuando el que se está aplicando no sea el indicado

Al indicar los esquemas de antibiótico es importante considerar puntos importantes como el estado de portador de alergia a medicamentos y resultados de cultivo para integrar el mejor esquema antibiótico para cada paciente. En los pacientes con alergia a betalactámicos la alternativa terapéutica es azitromicina, claritromicina y ciprofloxacino.

La decisión de proceder a la cirugía refleja un curso más grave de la enfermedad, la miringotomía está reservada para enfermos con inflamación retroauricular constante y abultamiento con eritema del tímpano

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Diversos estudios muestran que es posible realizar aspiración con aguja antes que la mastoidectomía. El procedimiento es factible de realizarlo en segundo nivel, sin embargo es conveniente que el médico tratante tome en consideración los hallazgos observados en los estudios de imagen para establecer la magnitud del daño a la mastoides, el estado general del paciente y el resultado final esperado cuando se decida realizarlo.

La mastoidectomía está indicada en los siguientes casos:

- Rápida evolución a pesar de tratamiento (fracaso terapéutico)
- Presencia de colesteatoma
- Cuando un absceso tiene riesgo de complicación supurativa extratemporal y no mejora con aspiración de la pus por punción con aguja

Tratamiento con antibióticos por vía oral por 14 días es suficiente después de la cirugía la intervención de mastoiditis aguda pediátrica supurativa sin complicaciones intracraneales

CRITERIOS DE REFERENCIA

Los pacientes tratados en primer nivel con sintomatología neurológica deberán derivarse a segundo nivel en forma urgente ante la sospecha de: periostitis, meningitis, laberintitis o parálisis facial, cuando persista el dolor y/o fiebre pese a un esquema antibiótico estándar correcto y envío ordinario ante la necesidad de una evaluación otoneurológica completa

Cuando haya sintomatología neurológica: derivar ante la sospecha de complicaciones poco frecuentes, tales como: periostitis, meningitis, laberintitis o parálisis facial.

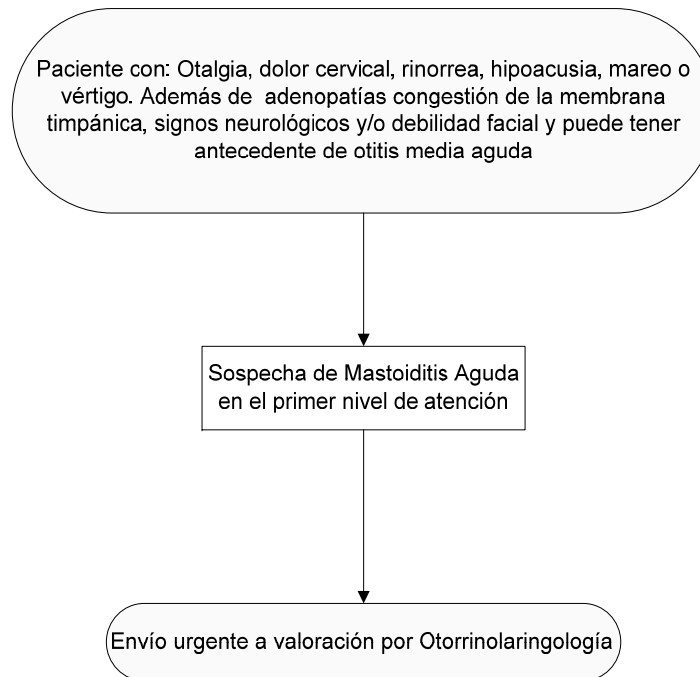
Cuando persista el dolor y/o fiebre pese a un esquema antibiótico estándar correcto

Ante la necesidad de una evaluación audiológica completa

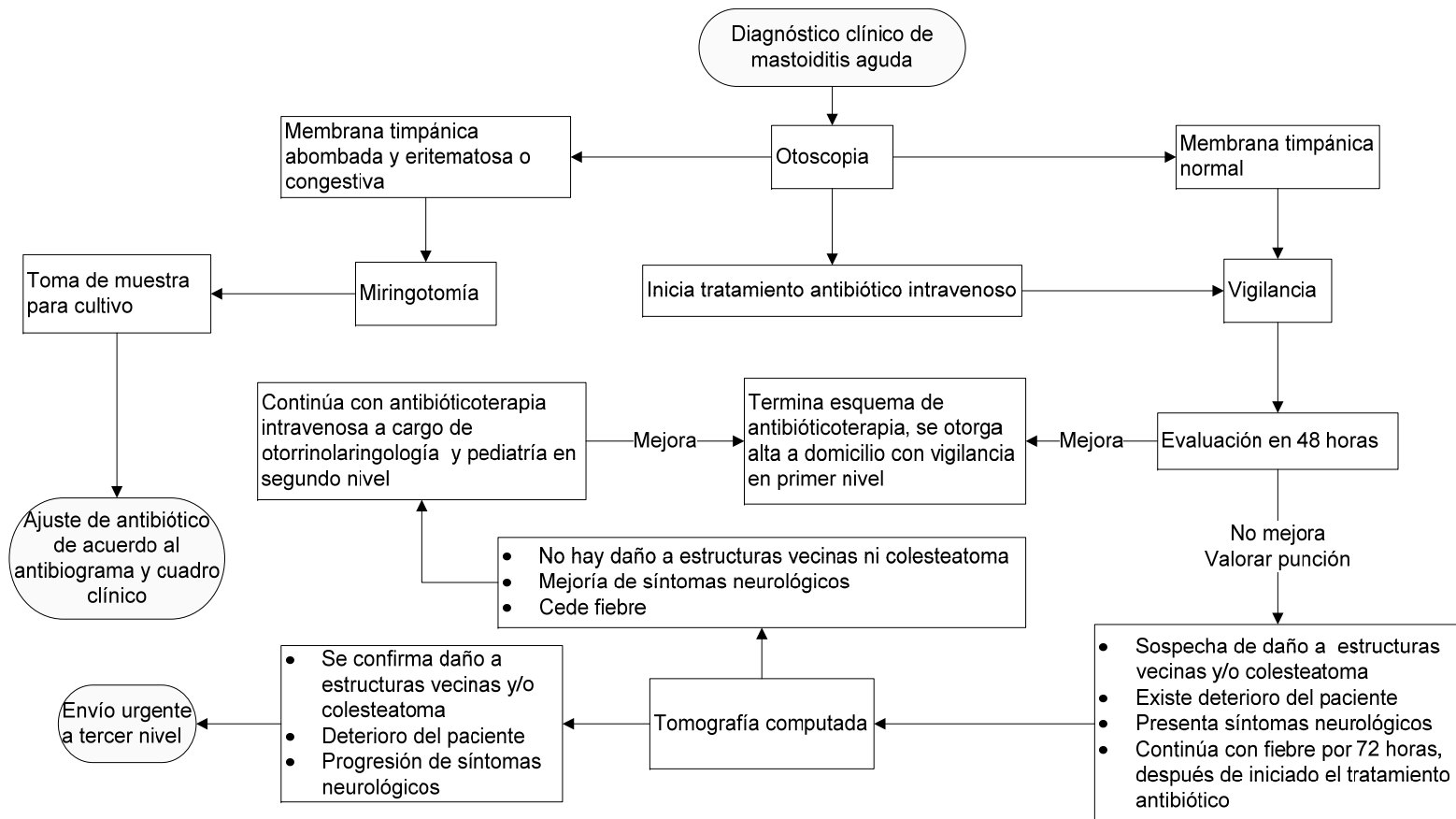
Los pacientes en quienes se sospeche absceso mastoideo por tomografía computada deberán ser enviados a tercer nivel para mastoidectomía

Cuando el diagnóstico de mastoiditis está confirmado todos los pacientes son candidatos a tratamiento médico intravenoso, y todos deberán tener una valoración a las 48 horas para determinar cambios en el estado general del paciente.

- Pacientes que no tienen deterioro continúan con tratamiento intravenoso hasta concluir su esquema y se realiza envío ordinario a tercer nivel para valoración y consideración de intervención quirúrgica
- Pacientes que tienen deterioro aún con tratamiento antibiótico intravenoso de 48 horas deberán ser enviados urgentes a tercer nivel para cirugía para valoración y consideración de intervención quirúrgica

ALGORITMOS**MASTOITIDIS AGUDA EN EL PRIMER NIVEL**

MASTOIDITIS AGUDA EN EL SEGUNDO NIVEL



MASTOITIDIS AGUDA EN EL TERCER NIVEL

