

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **gpc**

Diagnóstico y Tratamiento de las  
**COMPLICACIONES INTRATEMPORALES DE  
OTITIS MEDIA AGUDA**  
En pacientes pediátricos y adultos en segundo y  
tercer nivel de atención

**Guía de Referencia Rápida**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-638-13

**CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL**



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

CIE-10: H.74 Otros trastornos del oído medio y apófisis mastoides

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de las complicaciones intratemporales de otitis media aguda en pacientes pediátricos y adultos en segundo y tercer nivel de atención

## DEFINICIÓN (ES)

La mastoiditis se define como la diseminación de la infección a la estructura trabecular ósea de la apófisis mastoides.

El termino parálisis facial se aplica a la parálisis del VII nervio craneal de tipo periférico y de comienzo agudo, puede ser completa con pérdida total de la movilidad o incompleta.

El absceso subperióstico se presenta como colección purulenta que produce desplazamiento anterior de pabellón auricular, edema e hiperemia con dolor en región mastoidea y en los cuadrantes posteriores del conducto auditivo externo.

El absceso de Bezold consiste en un absceso originado como complicación de una mastoiditis formando una colección purulenta que se extiende hacia el musculo esternocleidomastoideo y digástrico o las laminas de la fascia cervical profunda.

La laberintitis es un desorden inflamatorio del laberinto del oído interno que puede ser producido por el paso de microorganismos o toxinas en casos de otitis media.

## ETIOLOGIA

En la mastoiditis los patógenos responsables son los mismos que los de la Otitis Media Aguda:

- Neumococo (30%)
- Haemophilus influenzae (15%).
- Estreptococo beta hemolítico (15%).
- Estafilococo aureus (10%).
- Pseudomona aeruginosa (4%).
- Otras gram (-).

Paralisis facial: La Teoría de Tschiasny descrita por Zinisy colaboradores, menciona que el nervio facial se involucra durante una otitis media debido a la presencia de una dehiscencia ósea donde se produce una comunicación neurovascular entre el oído medio y el nervio facial. Otra teoría menciona que la infección produce una compresión en los vasos sanguíneos que nutren al nervio facial y esto puede provocar isquemia local e infarto del nervio, con la consecuente parálisis.

Absceso subperióstico y absceso de Bezold: Mediante cultivo de la secreción a través del oído, miringotomía y mastoidectomía se encontró como agentes causales del absceso subperióstico a *S. pneumoniae* en 36.1%, *S.epidermidis* en 13.9%, *Pseudomonas aeruginosa* en 8.3%, *Fusobacterium necrophorum* en 8.3%, *H. influenzae* en 2.8% y negativo en 16.7% de los casos; en absceso de Bezold se aisló como agente casual a *Streptococcus sp.*

La laberintitis es una complicación potencial de la otitis media que puede ocurrir por invasión directa del oído interno por organismos o por el paso de toxinas bacterianas u otros mediadores inflamatorios mediante a través de la membrana de la ventana redonda.

En series recientes de pacientes con petrositis, el organismo predominante es la *P. aeruginosa*.

## FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo asociados son la neumatización de la mastoides con adelgazamiento de la cortical que se inicia después de los 2 años de edad, por lo que el absceso de Bezold antes de ésta edad es raro.

Otros factores de riesgo son estados de inmunocompromiso del huésped (diabetes mellitus, inmunosupresión, VIH, etc.), tratamiento inadecuado o falta de adherencia al tratamiento para la otomastoiditis aguda así como el tipo, virulencia y resistencia del agente etiológico.

Algunos factores de mal pronóstico evolutivo de otitis media aguda (OMA) son: Inicio de la OMA antes de los 6 meses de edad, OMA recurrente y familiares de primer grado con complicaciones óticas por enfermedad inflamatoria.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la complicación intratemporal de la otitis media que se presente, según el caso pueden presentarse de la siguiente manera:

La mastoiditis se presenta con cuadro caracterizado por otalgia, fiebre y otorrea, puede ocurrir abombamiento del tímpano y pared posterior del conducto auditivo externo y edema retroauricular con desplazamiento de pabellón auricular (signo de Jaques).

La parálisis facial es evidenciada por inmovilidad o disminución del movimiento de la hemicara afectada.

El absceso subperióstico se puede presentar con otalgia, otorrea, hipoacusia, fiebre, irritabilidad, dolor y aumento de volumen retroauricular.

El absceso de Bezold se caracteriza por restricción a la movilidad cervical (tortícolis), aumento de volumen cervical, dolor cervical, fiebre, otalgia, otorrea e hipoacusia.

El cuadro de laberintitis ocurre con vértigo, nistagmo e hipoacusia neurosensorial, acompañándose de síntomas vágales.

La triada caracterizada por dolor facial, otitis media y parálisis del nervio abducens (VI pc) conocida como síndrome de Gradenigo es característica de la petrositis.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las complicación intratemporal de la otitis media se lleva a cabo mediante la historia clínica, debe tenerse un alto grado de sospecha de las mismas, principalmente en cuadros donde se encontró inicio de la otitis media aguda (OMA) antes de los 6 meses de edad, OMA recurrente y familiares de primer grado con complicaciones óticas por enfermedad inflamatoria, así como en casos de estados de inmunocompromiso del huésped (diabetes mellitus, inmunosupresión, VIH, etc.), tratamiento inadecuado o falta de adherencia al tratamiento.

La corroboración del diagnostico probable en estudio se deberá realizar con paraclínicos según la complicación en cuestión:

En caso de mastoiditis el estudio de gabinete de elección es la Tomografía computarizada de oídos con y sin contraste, en la cual se deberá buscar la ocupación de celdillas mastoideas con osteítis y destrucción de las trabéculas óseas.

El estudio de la sospecha de absceso subperióstico y de Bezold debe llevarse a cabo con tomografía computarizada, pudiéndose valorar la extensión lateral en el primero e inferiormente a través de una punta mastoidea neumatizada del segundo, en dichos casos la resonancia magnética se conserva como modalidad secundaria debido a menor demostración de hueso cortical así como menor accesibilidad, mayor tiempo de escaneo y contraindicaciones para uso por campo magnético.

La parálisis facial es evidente a la exploración física y se utiliza la escala de House-Brackmann para su gradificación, dicha escala permite un seguimiento del progreso de la función del movimiento facial, también se utilizan otras pruebas como la de Schirmer, reflejos estapediales, prueba del gusto y prueba de la función del flujo salival que nos sirven para valorar el nivel al que se encuentra la lesión en el nervio facial, la electroneurografía y electro miografía son herramientas utilizadas como método de valoración pronostica.

En el caso de laberintitis el diagnostico es clínico y no se recomienda la realización de estudios paraclínicos para iniciar su tratamiento.

En sospecha de una petrositis el estudio más apropiado es una Tomografía computarizada de alta resolución, si la misma muestra datos sugestivos de petrositis puede realizarse una resonancia magnética ya que otorga mayor información acerca de la naturaleza del fluido o tejido dentro del ápex petroso.

En todos los casos deberá realizarse cultivo de la secreción y antibiograma en cuanto sea posible la toma de la misma y valoración de capacidad auditiva mediante audiometría tonal.

## TRATAMIENTO

En casos de mastoiditis aguda el tratamiento médico de elección es la antibioticoterapia por vía intravenosa.

En el caso de parálisis facial además del tratamiento antibiótico intravenoso se requiere de timpanocentesis, miringotomía con o sin colocación de tubo de ventilación, pudiéndose emplear también esteroides, y en casos refractarios en el espacio de tres días de instaurado el tratamiento puede necesitarse de mastoidectomía.

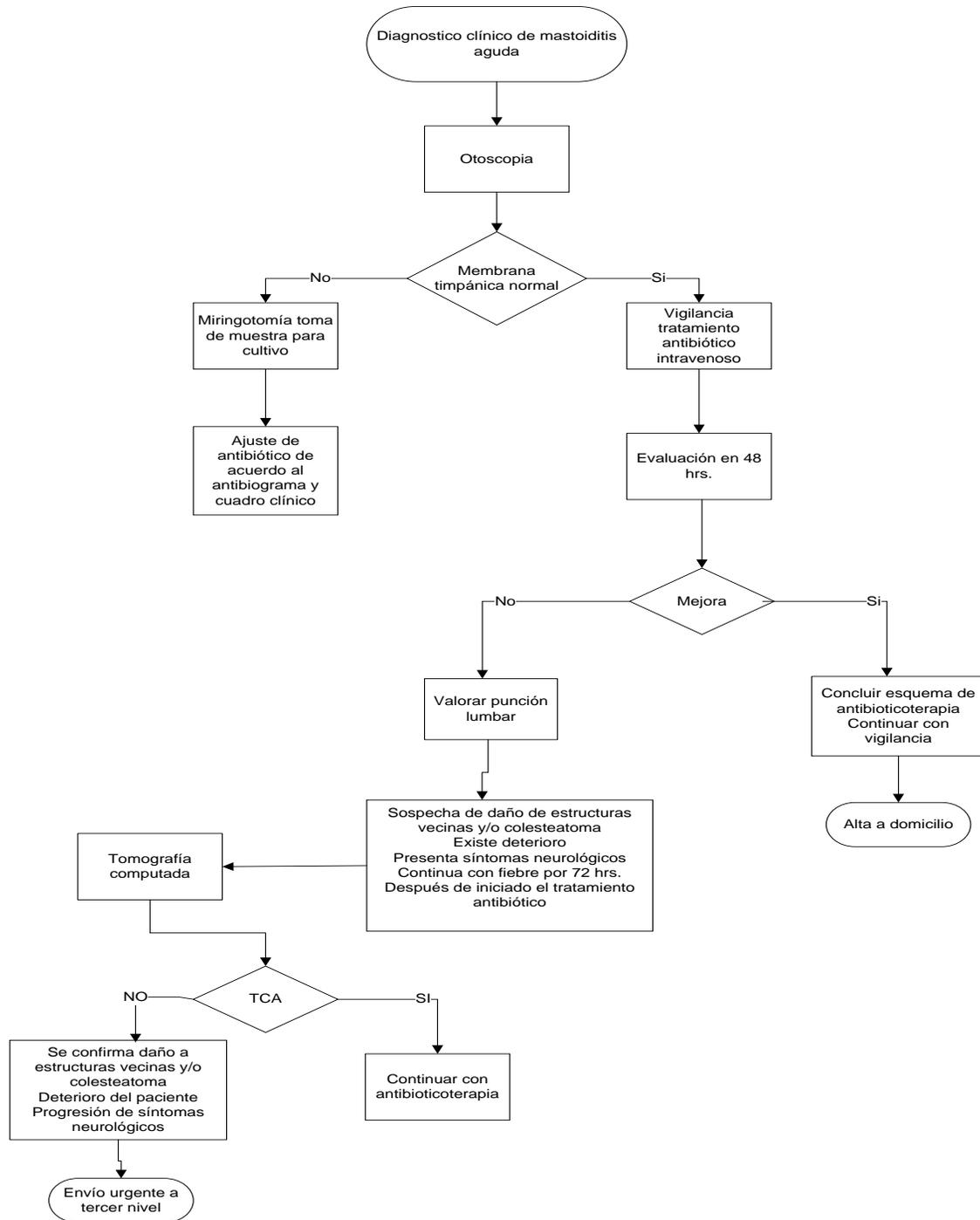
Para el absceso subperióstico y de Bezold el tratamiento se basa en antibióticos IV de amplio espectro que puede modificarse según cultivo y antibiograma, así como en casos sin evolución favorable a las 24 hrs de instaurado el manejo se valorara mastoidectomía y miringotomía con colocación de tubos de ventilación así como drenaje quirúrgico.

El tratamiento de la laberintitis comprende antibioticoterapia de amplio espectro y basada en cultivo y antibiograma así como manejo para disminuir vértigo y náusea con benzodiazepinas y antieméticos, en casos con poca respuesta se valorara tratamiento quirúrgico a base de miringotomía con drenaje de secreción así como colocación de tubo de ventilación.

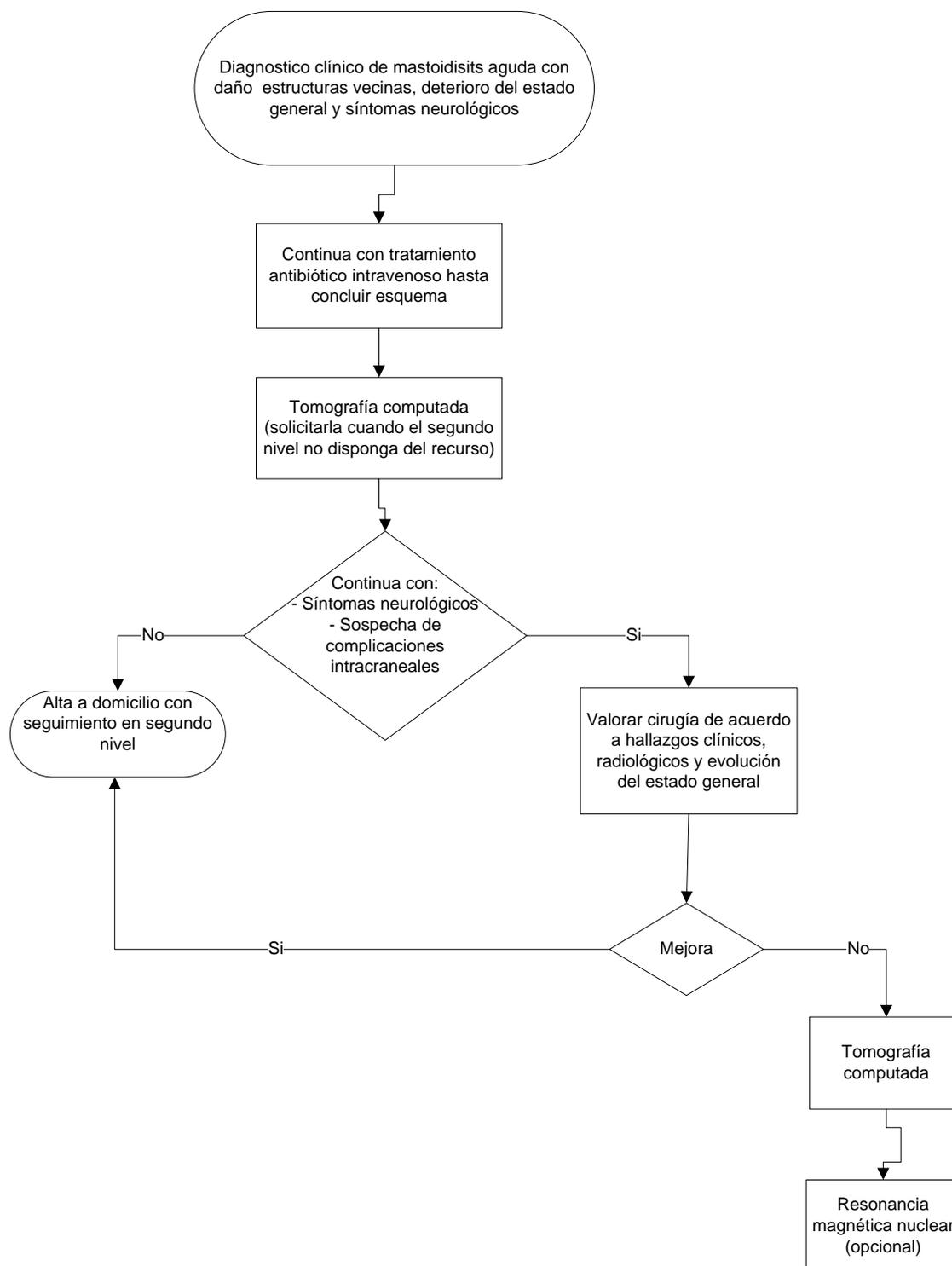
El manejo de la petrositis es llevado a cabo con antibioticoterapia I.V. de amplio espectro, en casos refractarios se realizara abordaje quirúrgico a través de mastoidectomía, abordaje de fosa media, translaberíntico e infracoclear.

## Diagrama de Flujo

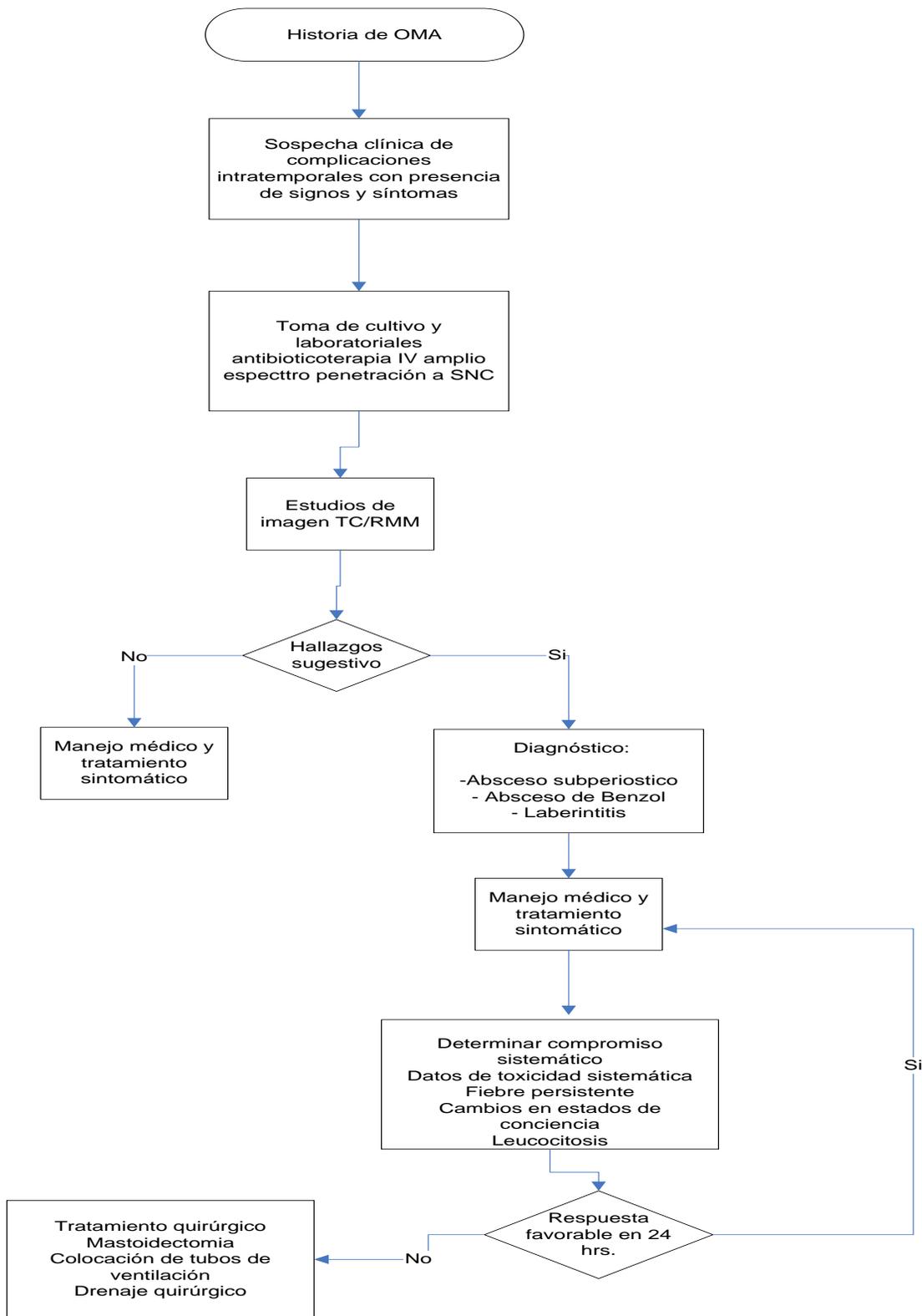
### MASTOIDITIS AGUDA EN EL SEGUNDO NIVEL



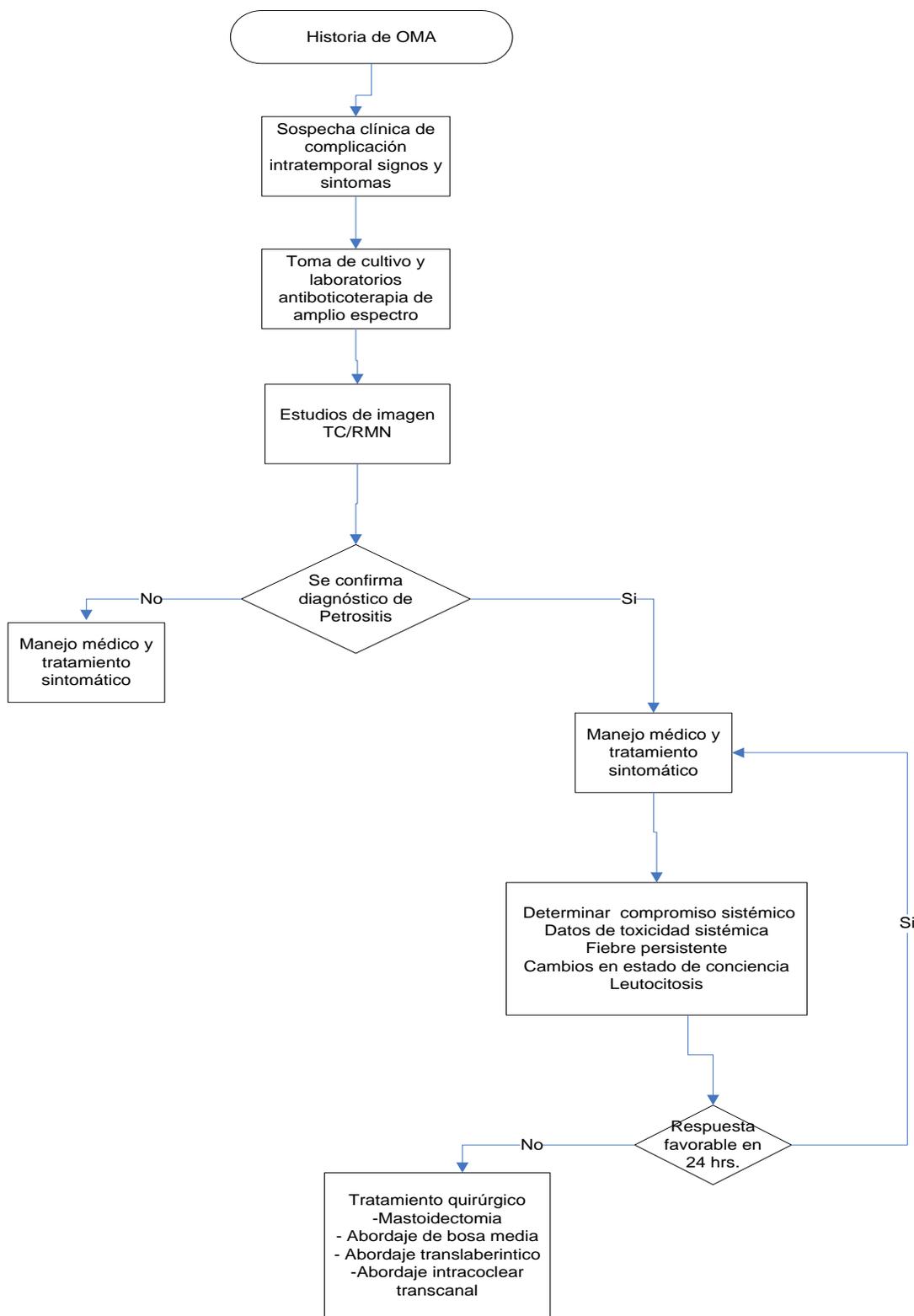
## MASTOIDITIS AGUDA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



### ABSCESO BEZOLD Y ABSCESO SUBPERIOSTICO Y LABERINTITIS



## PETROSITIS



## PARALISIS DE BELL

