

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGÜEY

Otitis maligna.

A propósito de un caso atípico

Por los Dres.:

BERTHA CARRASCO MARTINEZ,* NATALIA FERNANDEZ GUERRA,** RAFAEL LEON DIAZ,*** RUBEN S. PADRON DURAN,*** ORESTES HERNANDEZ PRADA²²

Carrasco Martínez, B. et al. *Otitis maligna. A propósito de un caso atípico.* Rev Cub Med 16: 2, 1977.

Se describe un caso con evolución maligna de una otitis, la cual no presentó el cuadro clínico típico, y que fue la causa de muerte. Se destaca la importancia de instaurar terapéutica precoz, adecuada y enérgica, para evitar las complicaciones neurológicas, siempre graves y, por lo general, mortales.

En 1974, *Padrón y colaboradores*¹ informaron el primer caso, en nuestro medio, portador de una otitis externa maligna (OEM). Según las características clínicas de este paciente y de otros estudiados por Chandler, en 1.968,² y Diñapolis y Thomas, en 1971,³ se concluyó que esta entidad ocurría en pacientes diabéticos de edad avanzada, cuyo germen causal era la *Pseudomona aeruginosa*, que se presentaba en el canal auditivo externo, acompañada de tejido

de granulación, invasión a los tejidos vecinos, cartílagos y huesos, aún sin lesiones radiológicas visibles. El pronóstico es grave por las complicaciones neurológicas que puede provocar, tales como: parálisis de pares craneales, meningoencefalitis, trombosis de los senos cavernosos y abscesos endocraneanos. Estas lesiones neurológicas pueden progresar, aun cuando existan evidencias de mejoría de las del oído. Nosotros, motivados por este trabajo y ante un caso similar, hemos hecho una nueva

* Residente de 2do. año de endocrinología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

** Especialista de primer grado en medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

*** Especialista de segundo grado en cardiología. Profesor de medicina interna de la Universidad de Camagüey. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

**** Especialista de primer grado en endocrinología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

²² Residente de 1er. año de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

revisión de la literatura médica, y no encontramos ninguna otra referencia sobre esta entidad.

Presentación del caso

Paciente A. E. O., 58 años de edad, femenina, blanca; diabética conocida hace 6 años, tiene tratamiento con tolbutamida 3g/día.

Hace 8 meses notó disminución de la audición en el OI y se detectó hipoacusia de conducción en ese lado. Hace 3 meses apareció prurito ótico y por ello se trató con lavados de ácido acético, y hace 2 meses comenzó a presentar dolor en el OI el cual aumentó paulatinamente hasta su ingreso. Hace 10 días aparecieron vómitos, cefaleas, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. En este último período fue atendida repetidas veces en el servicio de urgencias.

Dos días antes de su ingreso, la membrana timpánica estaba íntegra, algo engrosada, con descamación del epitelio del conducto auditivo externo. Se realizó limpieza de éste, y no se encontró perforación ni secreción en esa región.

El día de su ingreso se comprobó líquido cefalorraquídeo purulento. La paciente es hipertensa desde hace 6 años y llevaba tratamiento con reserpina. Tiene un hermano diabético.

Examen físico (datos positivos): estado febril, mucosas ligeramente secas; FR: 60/min, pulso: 120/min, TA: 140/90 mmHg. La paciente está en coma, y presenta desviación conjugada de la mirada, rigidez de nuca (++) , Kernig y Brud- slnsky positivos (++) .

Fondo de ojo: bordes nasales de ambas papilas algo borrosos, relación arterio-venosa 1:3; resto del examen físico, normal.

Hemograma: 9,85 g%; leucocitos: 13 400 x nm²³. Fórmula leucocitaria: segmentados 85%; stabs 03%; monocitos 03%; mielocitos 01%; linfocitos 08%. Eritrosedimentación: 48 mm en la 1ra. hora. Glicemia: 243 mg%. Urea: 34 mg%. Ionograma: Na 172 mEq/l; K 3,84 mEq/l; RA 22 mEq/l; Cl 125 mEq/l. Parcial de orina: trazas de albúmina, hematíes numerosos, algunos leucocitos y epitelios. Urocultivos: negativos. Coprocultivo: negativo.

Exudado nasal: flora normal. Exudado ótico: estafilococo áureo coagulasa negativo. LCR: aspecto turbio, purulento; células 50 640 x mm³ (con predominio de segmentados); proteínas 1 640 mg%; glucosa 40,2 mg%; Pandy +++++, Ross Jones ++H—f- ECG: taquicardia sinusal. Rx de tórax: no útil para diagnóstico. Las glicemias se normalizaron después del tratamiento.

Es vista nuevamente por el especialista de ORL, y se plantea de nuevo la existencia de una otitis externa.

Tratamiento: cuidados generales del paciente encamado y comatoso, hidratación, antibióticos (eritromicina, cloramfenicol, sulfadiazina, kanamicina) e insulina simple según resultado de los Benedicts.

La enferma falleció a los 9 días, sin recuperarse del coma.

Hallazgos anatomopatológicos

Meningoencefalitis purulenta a punto de partida de otitis media, ateromatosis moderada de aorta y coronarias; cardiomegalia ligera por hipertrofia y dilatación de cavidades izquierdas, carcinoma papilar del tiroides, estasis pulmonar crónico, hialinización parietal de los islotes de Langerhans.

COMENTARIOS

Como se sabe, la otitis externa es una afección banal de evolución favorable, que suele curar sin dejar secuelas. Según estudios anteriores, existe una entidad conocida como otitis externa maligna (OEM) que se aparta del cuadro clínico antes descrito, ya que conduce a complicaciones graves, deja secuelas y con frecuencia produce la muerte,

En nuestra enferma se comportó como tal, aunque faltaban algunas de las características clínicas de esta entidad,

La complicación neurológica apareció 8 meses después de comenzar el cuadro ótico; no presentaba lesión polipoidea, (tejido de granulación) en el canal auditivo; el exudado ótico fue positivo, pues contenía estafilococo áureo coagulasa negativo y no se afectó ningún par craneal. En la necropsia se comprobó otitis media, por lo cual estamos de acuerdo con el término de "otitis maligna" para este cuadro clínico, que es más frecuente en pacientes diabéticos, y según parece puede ser provocado por diferentes gérmenes.

Queremos hacer hincapié sobre la importancia que reviste el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato y enérgico de estos enfermos, pues su pronóstico puede mejorar, según la conducta que asumamos.

CONCLUSIONES

Las características más frecuentemente encontradas en caso de OEM, son las siguientes:

1. Pacientes de edad avanzada.
2. Portadores de diabetes mellitus.
3. Gérmenes varios: *Pseudomonas aeruginosa*, *estafilococo dorado*.
4. Evidencias clínicas de otitis externa o media.
5. Invasión a tejidos blandos vecinos, cartílagos y huesos.

SUMMARY

A veces sin lesiones radiológicas detectables.

6. Pueden aparecer complicaciones neurológicas (parálisis de pares craneales, meningoencefalitis, abscesos intracraneales), aisladas o cualquier combinación de éstas.
7. La mejoría ótica no va acompañada de la neurológica, ya que incluso esta última puede aumentar.
8. Tratamiento antibiótico (local y parenteral). Valorar ingreso si persistiera. Cirugía, si es necesario.
9. Pronóstico grave. A veces mortal.

Carrasco Martínez, B. et al. *Malignant otitis. Report of an atypical case.* Rev Cub Med 16: 2, 1977.

A patient with a malignant otitis which did not render the typical clinical picture and led to his death is presented. The significance of the early, adequate and vigorous treatment for avoiding severe neurological complications which are generally fatal is stressed.

RESUME

Carrasco Martínez, B. et al. *Otite maligne. A propos d'un cas atypique.* Rev Cub Med 16: 2, 1977.

Ce travail décrit un cas avec évolution maligne d'une otite, qui n'a pas présenté le tableau clinique typique, et qui a été la cause du décès. On souligne l'importance d'instaurer une thérapeutique précoce, adéquate et énergique, afin d'éviter les complications neurologiques, toujours graves, et généralement mortelles.

BIBLIOGRAFIA

1. **Padrón Durán, R. S. et al. *Otitis Maligna.* Rev Cub Med 13: 4, 1974.**
2. **Chandler, J. R. *Malignant external otitis.* Laryngoscope 78: 1257, 1968.**