

Tumoración retroauricular de un mes de evolución

J. Sendra Tello, R. Barberá Durbán y F. Álvarez de Cózar

Departamento de Otorrinolaringología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Caso clínico

Se trata de una niña de 15 meses de edad que presenta síndrome febril, otalgia moderada y tumoración retroauricular de un mes de evolución (fig. 1).

El inicio del cuadro coincidió con un episodio catarral de vías altas y la paciente recibió antibiótico oral (cloxacilina) sin mejoría clínica evidente.

En la exploración clínica se apreciaba una tumoración retroauricular derecha, fluctuante, que desplazaba el pabellón (fig. 2). La paciente estaba consciente, no presentaba cefalea ni lesiones cutáneas y los signos meníngeos eran negativos.

En resultados analíticos destacaba la presencia de leucocitosis (12.600), mientras que el resto de parámetros eran compatibles con la normalidad.

La otoscopia mostraba un timpano derecho abombado y congestivo. Se realizó una tomografía computadorizada (TC) de oído en la que se objetivaba una ocupación del oído medio y mastoides derecha, con solución de continuidad por la cortical mastoidea hacia partes blandas retroauriculares (fig. 3). La cadena osicular y el tegmen estaban integros.

Se instauró tratamiento con cefotaxima (500 mg/6 h por vía intravenosa). Se colocó un tubo de ventilación transtimpánico y se efectuó drenaje quirúrgico del absceso retroauricular mediante una mastoidectomía simple.

El análisis microbiológico del exudado purulento fue positivo para *Streptococcus pneumoniae*. La evolución fue satisfactoria, con alta hospitalaria a los trece días del postoperatorio.



Fig. 1. Tumefacción retroauricular que desplaza el pabellón auricular.



Fig. 2. Despegamiento del pabellón auricular.



Fig. 3. Tomografía computadorizada (TC) craneal axial: ocupación del oído medio y mastoides con aumento de partes blandas retroauriculares.

Diagnóstico

Mastoiditis aguda con absceso subperióstico.

Discusión

En la época preantibiótica la mastoiditis aguda constituía un motivo común de consulta otorrinolaringológica, con una incidencia del 3%-20% de las otitis medias agudas¹. Actualmente su presentación como enfermedad quirúrgica urgente es excepcional, con una incidencia del 0,2%-2%¹.

La mastoiditis aguda ocurre principalmente en niños y puede ser la primera manifestación de una enfermedad otológica. La antibioterapia previa inadecuada para la otitis media aguda es un factor predisponente importante². El dolor y la fiebre que persisten a pesar

del tratamiento adecuado para la otitis media son los dos síntomas más importantes. El germen causal más frecuentemente implicado es el *Streptococcus pneumoniae*³.

La TC identifica en estadios iniciales la destrucción ósea mastoidea, y la resonancia magnética con gadolinio puede detectar de forma precoz abscesos extradurales o tromboflebitis del seno sigmoide⁴.

Los antibióticos por vía intravenosa (amoxicilina/clavulánico, cefalosporina 3.^a)⁴ combinados con mirin-gotomía con o sin inserción de drenajes transtimpánicos son tan apropiados como los antibióticos por vía intravenosa con mastoidectomía para el manejo inicial de la mastoiditis aguda en ausencia de un absceso subperióstico o extensión al sistema nervioso central (SNC).

El absceso subperióstico es la forma evolutiva más frecuente de la mastoiditis⁵. La colección destruye la cortical externa mastoidea, formándose un absceso que puede fistulizar la piel, en cuyo caso aparece un abombamiento progresivo de mastoides, desapareciendo el surco retroauricular y desplazando el pabellón. La palpación es dolorosa, elástica y con fluctuación. Debe tomarse muestra del exudado para cultivo y antibiograma, y el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico (drenaje del absceso y limpieza de las celdillas osteoíticas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Palva T, Pulkkinen K. Mastoiditis. J Laryngol Otol 1991; 105:765-766.
2. Scott TA, Jackler K. Acute mastoiditis in infancy: a sequela of unrecognized acute otitis media. Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 101:683-687.
3. Gliklich R, Eavey R, Iannuzzi R, Camacho A. A contemporary analysis of acute mastoiditis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122:135-139.
4. Neely JG. Intratemporal and intracranial complications of otitis media. En: Bailey BJ, ed. Head and neck surgery-otolaryngology. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1993; 1:607.
5. Harley E, Sdralis T, Berkowitz R. Acute mastoiditis in children: a 12-year retrospective study. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 116:26-30.