

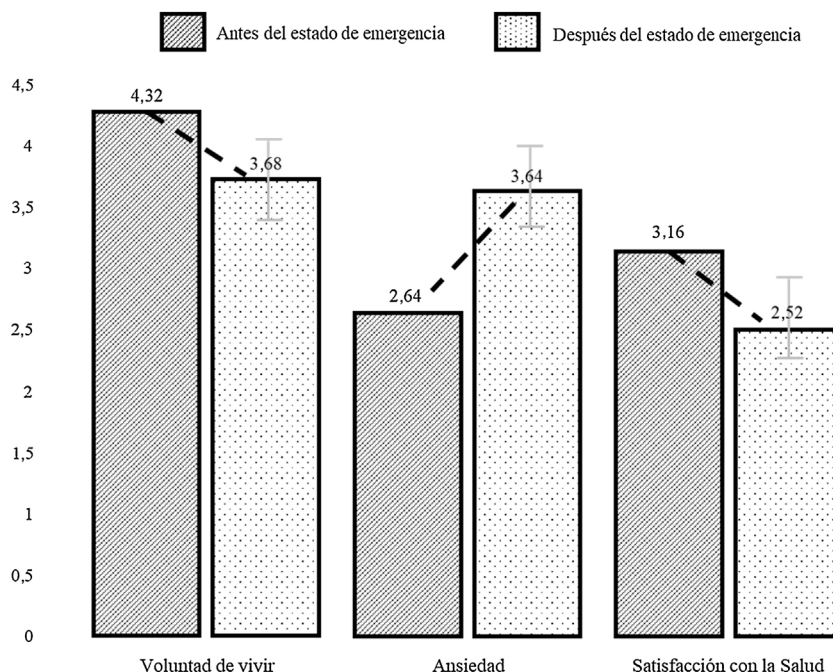


Figura 1. Diferencias en la voluntad de vivir, ansiedad y satisfacción con la salud antes y después del estado de emergencia en el Perú.

6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146:317–25, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-00703060-00004>.
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

Tomás Caycho-Rodríguez^{a,*}, Miguel Barboza-Palomino^a,
José Ventura-León^a e Isabel Cabrera-Orosco^b

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

^b Facultad de Humanidades, Universidad Continental, Huancayo, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.caycho@upn.pe (T. Caycho-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.007>

Síndrome de Gradenigo en paciente anciano con colesteatoma



Gradenigo syndrome in an elderly patient with cholesteatoma

Sr. Editor:

El término síndrome de Gradenigo (SG) se ha aplicado clásicamente a pacientes con otitis media complicada con petrositis apical y con dolor en el trayecto del nervio trigémino con parálisis del sexto par craneal. Sin embargo, la petrositis apical puede no producir todos los signos clínicos asociados con la tríada original del SG y, por el contrario, parte o la totalidad de la tríada del SG original puede verse en otras entidades infecciosas o no infecciosas y no debido a una petrositis apical; estos casos se han descrito recientemente como simuladores de SG¹.

Se presenta el caso de un paciente varón de 82 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes mellitus y colesteatoma en seguimiento por Otorrinolaringología (ORL) que se presentó al servicio de Urgencias por cuadro de fiebre y otalgia derecha. Se encontraba en tratamiento con metformina 1.000 mg cada 12 h, losartán 100 mg cada 24 h, bendroflumetazina 12,5 mg cada 24 h, paracetamol 1 g y codeína 30 mg. En relación con su estado cognitivo tenía diagnóstico de déficit cognitivo en seguimiento por su médico de cabecera. El paciente deambulaba con la

ayuda de un andador y era capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, vivía solo con 2 cuidadores que acudían en 2 ocasiones al día. Destacaba un documento de voluntades anticipadas con orden de ONR (orden de no reanimar).

Según refería el paciente, había comenzado con otalgia y supuración en el oído derecho hacía 48 horas con pico febril en las últimas 24 horas. Al examen físico destacaba exoftalmia del ojo derecho, diplopía binocular derecha y parálisis del sexto par craneal, asociado a hipoacusia severa y dolor hemifacial derecho. La sospecha inicial en Urgencias fue de trombositis séptica de seno cavernoso; se comenzó tratamiento empírico con ceftriaxona y se solicitó TAC de cráneo con contraste que fue reportado como normal sin visualizar trombositis de seno cavernoso. El paciente ingresó en el servicio de Medicina Interna donde se continuó el tratamiento antibiótico y se interconsultó con ORL, que al valorar al paciente sospechó SG; se realizó TAC de peñasco y mastoides (fig. 1) que demostró erosión ósea nueva comparado con el TAC reciente. Al no poder realizar RMN (paciente con marcapasos) se solicitó estudio de imagen nuclear (fig. 2) que confirmó el diagnóstico de apicitis petrosa. El cultivo de secreciones de oído medio demostró *Pseudomonas aeruginosa*, y se cambió el tratamiento con ceftazidima y ciprofloxacino intravenoso según sensibilidad. Tras 2 semanas de tratamiento parenteral la PCR bajó de 13 (inicial de 254) y el paciente presentó una mejoría sintomática, especialmente del dolor y otitis media, aunque persistía la parálisis del sexto par. El paciente fue dado



Figura 1. La primera imagen es una vista axial del TAC de mastoides. La flecha marca la erosión ósea sutil, que es nueva en comparación con el estudio anterior. El TAC en la vista reformada coronal, que muestra la pérdida de definición del borde basioccipital.



Figura 2. Estudio nuclear en el que se administró 654 MBq tecnecio 99m HDP galio 67. Se muestra una mayor absorción tanto en el tecnecio como en las imágenes de galio en la base del cráneo, predominantemente alrededor del ápice petroso derecho, de acuerdo con osteomielitis de la base del cráneo.

de alta a su domicilio y se continuó el tratamiento antibiótico a través de un catéter central de inserción periférica (PICC) durante 3 semanas. En la consulta de seguimiento por Oftalmología persistía diplopía con parálisis persistente del sexto par craneal. Continúa en seguimiento por el servicio de ORL para colesteatoma, pero actualmente no se ha planteado tratamiento quirúrgico.

Para comprender la variabilidad clínica y el fenotipo de las infecciones que involucran estas estructuras, es útil discutir la anatomía del ápex petroso. La porción petrosa del hueso temporal es una estructura piramidal ubicada en la vecindad de los nervios craneales quinto y sexto. Si bien la neumatización de las celdas mastoideas es casi universal, el ápex petroso está neumatizado solo en un tercio

de los adultos². Esta última neumatización puede facilitar la propagación de una otitis media aguda causando la petrositis apical. El ápex petroso se encuentra en la parte más central del hueso temporal. Un pliegue de la duramadre medial del ápex petroso forma el canal de Dorello, en el cual el sexto nervio se eleva hacia el seno cavernoso³. Debido a la cercanía al ganglio de Gasser, en el que surgen las ramas oftálmicas y maxilares, los pacientes que padecen de otitis media aguda pueden desarrollar dolor intenso en la cara y los ojos. El dolor en o alrededor del ojo, la sien, o el lado de la cara puede ser el síntoma más temprano de SG. El dolor occipital a veces está presente, y se ha atribuido a la irritación de la rama tentorial del quinto nervio.

La fotofobia y el aumento de lagrimeo a menudo están presentes, y la sensación corneal puede reducirse.

La presencia de colesteatoma en el paciente está descrita como un factor predisponente del SG. Un reciente estudio demostró que de 44 pacientes con SG, un 15,9% tenían colesteatoma⁴. El caso descrito se trata de una otitis crónica colesteatomatosa que ha provocado la apicitis por evolución del proceso o por sobreinfección.

El diagnóstico diferencial para un paciente con colesteatoma y síntomas y signos de afectación intracraneal es largo, y las complicaciones potenciales son numerosas. Sarcoidosis, miastenia gravis o el síndrome de Miller que puede causar un déficit unilateral en la abducción ocular. Sin embargo, en este paciente, los síntomas rápidamente progresivos y la fiebre asociada descartaban estos diagnósticos. Teniendo en cuenta los estudios de imagen, el diagnóstico diferencial también incluye procesos neoplásicos como carcinoma de células escamosas, linfoma o lesiones metastásicas; sin embargo, no existe elevación de la velocidad de sedimentación o la PCR en estos pacientes, al contrario de lo ocurrido en el nuestro, el cual tenía niveles elevados de ambas. Inicialmente se consideró en Urgencias la trombosis séptica del seno cavernoso, que se descartó por los estudios de imagen. Otras lesiones que pueden simular el SG incluyen el pseudotumor tuberculoso, descartado en nuestro paciente.

En este el contexto de paciente anciano, diabético, con un proceso crónico en el oído, *Pseudomonas* y parálisis de pares craneales se debe incluir en el diagnóstico diferencial la otitis externa maligna.

El perfil microbiológico en este contexto es distinto al de la otitis media aguda (*neumococo* y *Haemophilus*), y la *Pseudomonas* es relativamente frecuente, que es precisamente lo que se obtuvo en el cultivo.

El *Fusobacterium necrophorum*, un patógeno emergente, más conocido en el contexto de las infecciones endovasculares como la enfermedad de Lemierre, se ha descrito de forma no habitual. El cultivo de estos microorganismos no implica necesariamente la causalidad de la enfermedad, y dependiendo del tipo de bacteria y el sitio de la muestra, algunos de estos aislamientos pueden haber sido contaminantes.

Cuando se sospecha SG se deben realizar de forma urgente estudios de neuroimagen con contraste intravenoso para determinar las anomalías subyacentes. El TAC visualiza mejor las estructuras óseas y la anatomía de las células aéreas mastoideas, mientras que la RMN es preferible para delinear la extensión completa de la infección, incluyendo afectación neural, vascular y la potencial diseminación intracraneal. Por lo tanto, estaría indicada la combinación de ambas imágenes⁵. En nuestro caso, debido a la contraindicación del marcapasos, fue necesario un estudio de medicina nuclear para confirmar el diagnóstico.

El manejo en el servicio de Urgencias por sospecha de SG debe incluir de forma inmediata tratamiento con antibióticos de amplio espectro e interconsulta temprana con el servicio de ORL⁶. Los antibióticos no deben retrasarse y las opciones iniciales generalmente incluyen ceftriaxona, piperacilina/tazobactam o imipenem. Desde el punto de vista quirúrgico el drenaje transtimpánico es

útil en algunos casos, pero se debe hacer cirugía curativa del proceso de forma urgente salvo excepción. Durante la valoración del paciente por parte de ORL se planteó tratamiento quirúrgico que fue rechazado por el paciente. Los pacientes generalmente requieren antibióticos a largo plazo después del alta hospitalaria⁷. Este caso muestra un paciente anciano que se presenta con parálisis inexplicable del sexto par craneal, donde el facultativo debe tener en cuenta el historial otológico del paciente. El manejo del SG varía desde la terapia conservadora hasta la cirugía radical dependiendo de la presentación clínica y la patología intracraneal relacionada. Muchos otorrinolaringólogos no están familiarizados con su presentación, que puede conducir a un diagnóstico tardío y manejo complicado. Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha y no descartar apicitis petrosa debido a la falta de uno o más de los síntomas clásicos.

Bibliografía

- McLaren J, Cohen MS, El Saleeby CM. How well do we know Gradenigo? A comprehensive literature review and proposal for novel diagnostic categories of Gradenigo's syndrome. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;132:109942. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109942>.
- Jackler RK, Parker DA. Radiographic differential diagnosis of petrous apex lesion. *Am J Otol*. 1992;13:561–74.
- Neto AS, Bezerra MJ, Galvão AR, Rocha TA, Pereira MG, Ferraira MA. Gradenigo Syndrome: Case Report And Review Of The Literature. *Neurobiologia*. 2009;72:144–7.
- Gadre AK, Chole RA. The changing face of petrous apicitis—a 40-year experience. *Laryngoscope*. 2018;128:195–201. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.26571>.
- Tornabene S, Vilke GM. Gradenigo's syndrome. *J Emerg Med*. 2007;38:449–51.
- Vita Fookien Jensen P, Hansen MS, Moeller MN, Saunte JP. The forgotten syndrome? Four cases of Gradenigo's syndrome and a review of the literature. *Strabismus*. 2016;24:21–7.
- Janjua N, Bajalan M, Potter S, Whitney A, Sipaul F. Multidisciplinary care of a paediatric patient with Gradenigo's syndrome. *BMJ Case Rep*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2015-214337>.

Joaquín Valle Alonso^{a,*}, Mike Olivier^a y Leandro Noblia^b

^a Servicio de Urgencias, Royal Bournemouth and Christchurch Hospital, Bournemouth, Reino Unido

^b Servicio de Urgencias, Hospital Santa Lucía Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joa51274@hotmail.com (J. Valle Alonso).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.003>

¿El usuario sanitario considera las barandillas como una sujeción física?



Does the healthcare user consider rails as physical subjugation?

El uso de barandillas en las camas es una de las herramientas para «evitar caídas» más usada en el medio hospitalario aun cuando su uso conlleva riesgos (lesiones físicas, agitación, entre otros)^{1,2}. Este recurso es muy usado también en los centros residenciales, centros sociosanitarios e incluso en las casas³. Hay distintos tipos de ellas, y aunque se conoce que lo más indicado son las barandillas no completas y de uso unilateral, aún es muy habitual el uso de una barandilla completa, desde el cabecero a los pies, y en los 2 lados de la cama, lo que en este estudio pasamos a denominar «las barandillas».

A pesar de su uso tan extendido, en la actualidad sigue en discusión si se debe considerar «las barandillas» como una sujeción física *per se*⁴. Según la última definición internacional⁵ una restricción física es «cualquier acción o procedimiento que impide el movimiento libre de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante cualquier método que, adyacente o sujeto al cuerpo de una persona, esta no puede controlar o retirar fácilmente». Según esta definición, dichas barandillas no se considerarían una forma de sujeción. Al contrario, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología⁶ sí considera que las barandillas es un método de sujeción física. En nuestro propio hospital el uso de «las barandillas» no se considera como una medida de restricción física, por lo que no está contemplado en el protocolo de sujeciones de nuestro consorcio hospitalario.

Ante la duda científica, y el conocimiento que «las barandillas» en algunos centros de tipo residencial sí están contempladas como una medida de sujeción, en este trabajo nos planteamos explorar la opinión de los usuarios finales de nuestro servicio: los pacientes y/o cuidadores de referencia. Estudios previos han evaluado la aceptación o utilidad de «las barandillas» por los pacientes o sus familiares⁷⁻⁹ pero no se les ha preguntado específicamente si consideran «las barandillas» como una medida de sujeción según la definición internacional⁵, objetivo principal y pregunta única de este estudio exploratorio.

Por ello, se entrevistó, previo consentimiento, a toda persona mayor de 65 años que ingresó por fractura de cadera durante el 2017 en el Hospital Sant Camil del Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf. La entrevista se realizó por uno de los miembros del personal consultor del equipo de valoración geriátrica-unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS). Este equipo está formado por un médico especialista en geriatría y una diplomada en enfermería con experiencia en el campo de la ortogeriatría, siendo su papel principal de planificador al alta. La entrevista se realizó al menos una noche después de transcurrida la hospitalización con las barandillas puestas, recogiendo inicialmente los datos sociodemográficos, funcionales previos al ingreso (test de Barthel), mentales (test de Pfeiffer y Confusional Assessment Method [CAM]) y sociales (cohabitación).

A continuación se les preguntó: «¿usted considera que «las barandillas» es una sujeción física?». En los participantes que tuvieron 5 o más errores en el test de Pfeiffer o CAM positivo la pregunta se realizó al familiar de referencia o guarda de hecho. Tras esta primera pregunta se preguntó qué consideraban ellos que era una sujeción, comprobándose si coincidía, a criterio de los investigadores, con la actual definición internacional. Si no se explicaba dicha definición se les solicitaba una nueva respuesta, que es la que se recogía como respuesta definitiva. La respuesta obtenida no influyó de ninguna manera en el posterior uso de las barandillas.

Hubo un total de 158 pacientes (todos aceptaron ser entrevistados), de los que se obtuvieron 150 entrevistas (8 individuos fueron excluidos al tener un Pfeiffer ≥ 5 o CAM positivo, y no tener disponible un familiar/guarda de hecho en la entrevista). En 86 casos respondió el propio participante (test de Pfeiffer < 5 , CAM negativo) y en 64 casos el familiar/guarda de hecho.

La edad media fue 84,72 años (desviación estándar [DE] 6,81), el 72,7% (109) fueron mujeres, y la media del Barthel fue 71,30 (DE: 29,19).

El 65,33% (98) del total de entrevistados consideró que la barandilla es una sujeción física, siendo esta respuesta afirmativa más frecuente en el grupo donde respondieron los familiares/guardas de hecho (75%) que en el grupo donde respondieron los propios pacientes (58,14%). La [tabla 1](#) muestra la distribución de los participantes según contestara el participante o familiar/guarda de hecho.