

Otomastoiditis tuberculosa en un paciente de origen magrebí

Sr. Editor:

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* afecta a unos 2.000 millones de personas en todo el mundo, y provoca más de 8,8 millones de nuevos enfermos y casi 2 millones de defunciones por año¹.

La forma de presentación más frecuente es la tuberculosis pulmonar. De las formas de presentación extrapulmonares, la otitis media tuberculosa es poco frecuente en Europa.

La vía de llegada a la mastoides puede ser por contigüidad (conducto auditivo externo o trompa de Eustaquio) o a distancia (vía sanguínea o linfática). El pulmón suele ser el foco primario, aunque sólo se evidencie alteración radiográfica en la mitad de los casos².

El diagnóstico de otomastoiditis tuberculosa no es fácil, ya que es una causa muy infrecuente de otomastoiditis. Menos del 0,1% de las otitis medias (OM) son de causa tuberculosa, por lo que el pediatra no está familiarizado con su forma de presentación y sus técnicas específicas de diagnóstico. No obstante, la otomastoiditis tuberculosa está asociada con un elevado índice de secuelas, así como con la posibilidad de afectación del sistema nervioso central y, por tanto, requiere un elevado índice de sospecha, especialmente en aquellos pacientes procedentes de países donde la enfermedad es endémica^{1,3}.

Se presenta un caso de otomastoiditis causada por *M. tuberculosis* en un paciente de 17 meses procedente de Marruecos.

Paciente varón de 17 meses de origen marroquí, nacido en nuestro país y que vivió durante 2 meses y medio en Marruecos cuando tenía un año. Las inmunizaciones están al día según calendario vacunal español. No presenta BCG ni otros antecedentes de interés.

Su pediatra lo remite por supuración del oído medio derecho de 2 meses de evolución, refractaria al tratamiento empírico convencional. En la semana previa al ingreso se observa desplazamiento del pabellón auricular hacia delante y tumefacción de la mastoide derecha, que está eritematosa, edematosa y fluctúa. No refiere dolor a la palpación. Los pares craneales están preservados y el resto de exploración física es compatible con la normalidad.

Antecedentes familiares: cuarto hijo de una familia que emigró a nuestro país hace 2 años. No se encuentra caso índice en los convivientes del domicilio.

En las determinaciones analíticas destaca una leucocitosis de 15.500/ μ l (neutrófilos, 47%; linfocitos, 37%; monocitos, 8%), VSG de 42 mm/h y proteína C reactiva de 29,5 mg/l. La prueba tuberculínica presenta una induración de 20 mm. La radiografía de tórax muestra adenopatías hiliares bilaterales y un infiltrado en lengua. El estudio del líquido cefalorraquídeo y el fondo del ojo son normales. Se practica antrostomía obteniendo abundante material blanquecino en el cual la baciloscopía (técnica de Ziehl-Neelsen) es negativa. El estudio anatomopatológico detecta granulomas con células epitelioideas y células gigantes multinucleadas. Se practican tinciones para bacilos resistentes al ácido-alcohol (técnica de Kinyoun) y se observa una única forma bacilar en un granuloma. En la figura 1 (TC de mastoides)^{4,7} se observa la ocupación completa del oído medio derecho así como de las celdas mastoideas con destrucción ósea y erosión de la pared externa. No afectación intracraneal. Cultivo del exudado ótico, así como del material obtenido mediante antrostomía, positivo para *M. tuberculosis* sensible a todos los antituberculosostáticos de primera línea. Los tres aspirados gástricos fueron negativos, tanto la baciloscopía como en el cultivo.

Al conocer el resultado anatomopatológico se inició tratamiento tuberculostático con 4 fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses, seguidos durante 10 meses más de isoniazida y rifampicina^{2,8}.

Durante el tratamiento se controló en la Unidad de Atención al Niño Inmigrante (UANI) de nuestro hospital y su evolución fue satisfactoria. Se detectó una hipoacusia neurosensorial grave en el lado afectado que no mejoró pese al tratamiento.

Dentro de las formas de tuberculosis extrapulmonar, la mastoiditis es excepcional. La *M. tuberculosis* es una causa infrecuente de mastoiditis en población pediátrica autóctona, no así en población inmigrante en la que la enfermedad es endémica^{3,9}.

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica debido a la presentación clínica inespecífica, aunque existe una tríada clásica consistente en otorrea indolora refractaria al tratamiento convencional, perforación timpánica múltiple y parálisis facial periférica.

La presencia de una otorrea crónica que no responda al tratamiento antibiótico debe hacernos sospechar etiología micobacteriana. Deberemos elevar nuestro grado de sospecha en la población pediátrica inmigrante. Una radiografía de tórax normal no excluye el diagnóstico.

El diagnóstico definitivo es microbiológico, a partir de las muestras de los exudados y la antrostomía (si es necesaria). Debemos insistir en que las pruebas de observación directa de micobacterias tienen un rendimiento pobre, pues el material presenta una escasa carga bacilar³. La anatomía patológica es



Figura 1. TC de mastoides. Ocupación completa del oído medio derecho y celdas mastoideas, con destrucción ósea y erosión de la pared externa.

TABLA 1. Indicaciones quirúrgicas y complicaciones de la mastoiditis tuberculosa

Indicaciones quirúrgicas
– Material diagnóstico
– Absceso subperióstico
– Secuestro óseo
– Descompresión del nervio facial (sin evidencias significativas)
– Mala evolución tratamiento conservador
Complicaciones
– Hipoacusia
– Parálisis facial (reversible) y otras parálisis de pares craneales
– Complicaciones intracraneales (incluida meningitis, tuberculoma, trombosis del seno sigmoideo lateral, osteítis progresiva de la calota ⁶)
– Afectación de la articulación temporomandibular
– Fistulización a oído medio

fundamental para determinar el diagnóstico temprano. La presencia de granulomas caseificantes debe hacernos sospechar infección por micobacterias e instaurar el tratamiento tuberculostático⁴ con el objetivo de evitar la progresión al sistema nervioso central y secuelas auditivas permanentes. Las indicaciones quirúrgicas¹⁰ están reservadas a la obtención de material diagnóstico, a las complicaciones tributarias de drenaje quirúrgico (tabla 1) y, por último, la evolución prolongada con mala respuesta al tratamiento conservador.

**T.M.^a Pérez Porcuna^a, A. Díaz Conradi^{a,b},
L. Tobeña Boada^a, E. Cuchí Burgos^c,
E. Amilibia Cabeza^d y P. Forcada Guiu^e**

^aUnidad de Atención al Niño Inmigrante (UANI),
^bServicio de Pediatría, ^cServicio de Microbiología,
^dServicio de Otorrinolaringología y ^eServicio de Anatomía Patológica. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. T.M.^a Pérez Porcuna.
Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa.
Pl. Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa. Barcelona. España.
Correo electrónico: pediatría@mutuaterrassa.es

Agradecimientos: A. Moral Garcia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raviglione MC. The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis (Edinb)*. 2003;83:4-14.
2. Khan K, Muennig P, Behta M, Zivin JG. Global drug-resistance patterns and the management of latent tuberculosis infection in immigrants to the United States. *N Engl J Med*. 2002;347:1850-9.
3. Mongkolrattanothai K, Oram R, Redleaf M, Bova J, Englund JA. Tuberculous otitis media with mastoiditis and central nervous system involvement. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:453-6.
4. Thandar MA, Fagan JJ, Garb M. Extensive calvarial tuberculosis: rare complication of tuberculous mastoiditis. *J Laryngol Otol*. 2004;118:65-8.
5. Reid VA, Keane J. Images in clinical medicine. Tuberculous mastoiditis and cerebral tuberculoma. *N Engl J Med*. 2002; 347:e6.
6. Bitsori M, Galanakis E, Kokori H, Amanakis Z, Sbyrakis S. Tuberculous mastoiditis in a child. *Eur J Pediatr*. 1999;158:435.
7. Cavallin L, Muren C. CT findings in tuberculous otomastoiditis. A case report. *Acta Radiol*. 2000;41:49-51.
8. Maher D, et al. Treatment of tuberculosis: Guidelines for national programmes. 2nd ed. Genève: World Health Organization; 1997 (Document WHO/TB/97220).
9. Melaku A, Lulseged S. Chronic suppurative otitis media in a children's hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 1999;37:237-46.
10. Saunders NC, Albert DM. Tuberculous mastoiditis: When is surgery indicated? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2002;65: 59-63.