

permeabilización parcial de ésta. Las baciloscopias en el jugo gástrico, el esputo, el aspirado bronquial y el lavado broncoalveolar fueron negativas.

En el control radiológico tras la cirugía se comprobó resolución de la atelectasia del lóbulo inferior derecho y una mejoría clara de la aireación del pulmón derecho. La auscultación pulmonar resultó prácticamente normal al alta.

Cada vez resulta más habitual encontrar casos de tuberculosis en nuestro medio. Uno de los principales motivos es la gran afluencia de inmigrantes de zonas endémicas. Los pacientes pediátricos no son una excepción y debe preocupar a la comunidad médica que se estén detectando cada vez más casos de pacientes de corta edad con enfermedad tuberculosa grave. A esto hay que añadir la aparición de cepas resistentes y la dificultad para identificar el foco de transmisión y los posibles contactos.

El caso clínico presentado describe una forma endobronquial de tuberculosis pulmonar. La radiografía de tórax es un método diagnóstico poco sensible y específico para el diagnóstico de adenopatías paratraqueales y subcarinales²⁻⁴. Sin embargo, la TC torácica con contraste es muy precisa para detectar adenopatías⁵ y en muchos casos, como el nuestro, permite llegar al diagnóstico.

Bibliografía

1. Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez N, Baquero-Artigao F, Escribano Montaner A, Gómez-Pastrana Durán D, et al.

Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). *An Pediatr (Barc)*. 2010;73, 143.e1–143.

2. Swingler GH, Du Toit G, Andronikou S, Van der Merwe L, Zar HJ. Diagnostic accuracy of chest radiography in detecting mediastinal lymphadenopathy in suspected pulmonary tuberculosis. *Arch Dis Child*. 2005;90:1153–6.
3. Gómez-Pastrana D, Carceller-Blanchard A. ¿Debe realizarse una tomografía computarizada torácica a los niños con infección tuberculosa sin enfermedad aparente? *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:585–93.
4. Delacourt C, Mani TM, Bonnerot V, De Blic J, Sayeg N, Lallemand D, et al. Computed tomography with normal chest radiograph in tuberculous infection. *Arch Dis Child*. 1993;69:430–2.
5. Andronikou S, Joseph E, Lucas S, Brachmeyer S, Du Toit G, Zar H, et al. CT scanning for the detection of tuberculous mediastinal and hilar lymphadenopathy in children. *Pediatr Radiol*. 2004;34:232–6.

V. Arreo Del Val*, V. Díaz Marugán
y R. Alcobendas

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vaivyfu@hotmail.com (V. Arreo Del Val).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.11.008

Formas inusuales de presentación de la mastoiditis.

Unusual forms of mastoiditis: a presentation of two cases

Sr. Editor:

La mastoiditis aguda es una infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal secundaria a un proceso supurativo prolongado del oído medio, que afecta inicialmente al mucoperiostio y que puede evolucionar a osteítis y destrucción del hueso¹.

Los pacientes presentan habitualmente un antecedente de infección respiratoria vías altas o de otitis media aguda (OMA). Es una de las complicaciones más frecuentes de la OMA, viéndose hasta en un 0,24%².

La sintomatología más frecuente es un cuadro de fiebre y otalgia, y a la exploración se aprecia eritema retroauricular y/o despegamiento del pabellón auricular³. Con menor frecuencia pueden verse supuración o rechazo de tomas. En ocasiones, puede presentarse como un cuadro más severo, como trombosis de senos venosos o parálisis de pares craneales^{4,5}.

Presentamos 2 casos de mastoiditis en los que la sintomatología de presentación fue inusual. En ambos el diagnóstico se hizo como un hallazgo casual en la TC craneal.

Caso 1. Paciente varón de 6 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, con vacunación correcta, incluida

vacuna antineumocócica. El niño refiere cuadro catarral de 5 días de evolución. Acude a urgencias por otalgia izquierda de 6 horas de evolución, fiebre de hasta 39,9°C axilar y parestesias en la hemicara derecha, que posteriormente se extienden en menor intensidad a la mano y la pierna derechas.

En la exploración clínica mostraba rigidez de nuca, con signo de Brudzinsky positivo. El resto de la exploración neurológica era normal. En la otoscopia se veían ambos tímpanos hiperémicos, no abombados, y no mostraba despegamiento del pabellón auricular.

Se realiza un hemograma, con leve leucocitosis (11.200 cel/ μ L) y neutrofilia (8.700 cel/ μ L), sin otros hallazgos, y PCR de 34 mg/L.

Se realizó una TC craneal, en la que se veía ocupación de celdas etmoidales, senos frontales, senos esfenoidales, cajas timpánicas, aditus y antro mastoideo izquierdo (fig. 1). Se realizó una punción lumbar, sin hallazgos patológicos, por lo que se catalogó de otomastoiditis izquierda, tratándose con cefotaxima intravenosa (IV), con buena evolución y desaparición de las parestesias a las 24 h del ingreso.

Caso 2. Mujer de 2 años de edad, sin antecedentes patológicos, con vacunación correcta, incluida vacuna antineumocócica, que consulta por cuadro de 4 días de evolución de fiebre (38,8°C axilar máxima), odinofagia y tortícolis, con desviación cefálica hacia abajo y la izquierda. Tratada desde hacía 24 h con ibuprofeno vía oral (VO), tetrazepam VO y calor local, sin presentar mejoría.

En la exploración presentaba desviación cefálica hacia abajo y hacia la izquierda, con intensa contractura del

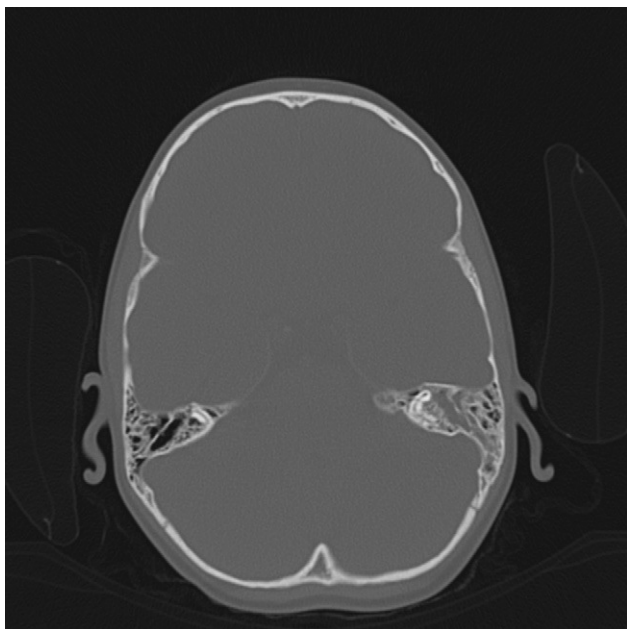


Figura 1 Imagen de TC craneal del caso 1. Se observa ocupación de las celdas etmoidales, senos frontales, senos esfenoidales, cajas timpánicas, aditus y antro mastoideo izquierdo.

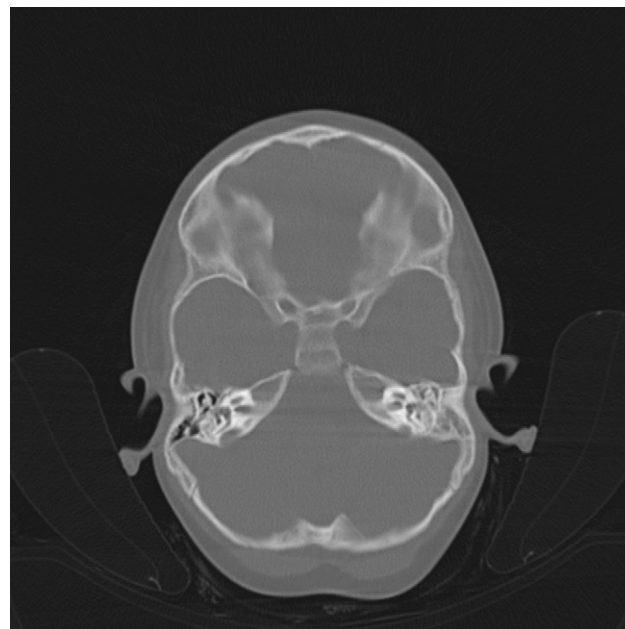


Figura 2 Imagen de TC craneal del caso 2. Se observa ocupación de la caja timpánica, aditus, antro mastoideo y celdas mastoideas.

esternocleidomastoideo izquierdo, sin otros hallazgos patológicos. La exploración neurológica era normal. En la otoscopia se veían ambos tímpanos hiperémicos, no abombados, y no había despegamiento del pabellón auricular.

Se realizó un hemograma, con leve leucocitosis (11.800 cel/ μ L) sin desviación izquierda, y PCR de 67 mg/l; el resto de la analítica era normal. Se realizó un hemocultivo, negativo. Dada la persistencia del torticollis, se realizó una TC craneal, en la que se visualizó ocupación de caja timpánica, aditus, antro mastoideo y celdas mastoideas (fig. 2), por lo que se catalogó de otomastoiditis izquierda, y se inició antibioterapia IV, con clindamicina y vancomicina, dada la sospecha de alergia a cefalosporinas que referían los padres. La evolución fue buena, desapareciendo el torticollis al segundo día de ingreso.

Presentamos estos dos casos por lo particular de su sintomatología, ya que ninguno de los dos mostraba la clínica clásica de mastoiditis.

Creemos que la mastoiditis es una posibilidad diagnóstica que se debe tener muy en cuenta, dada su gravedad y morbimortalidad asociada, ante ciertos cuadros de aparición aguda que asocian sintomatología neuromuscular diversa, que afecten a la cabeza y el cuello en el contexto de un cuadro infeccioso de vías respiratorias altas.

Bibliografía

1. Olivar Gallardo A, Cintado Bueno C. Mastoiditis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:591–603.
2. Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope*. 2003;113:1645–57.
3. Navazo-Eguía AI, Conejo-Moreno D, De-La-Mata-Franco G, Clemente-García A. Mastoiditis aguda en la época de la vacuna antineumocócica. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2011;62:45–50.
4. Guedes V, Gallegos P, Ferrero A, García Minúzzi M, Casanovas A, Georgetti B, et al. Síndrome de Gradenigo: comunicación de un caso. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108:e74–75.
5. Kuczkowski J, Narozny W, Plichta L. Lateral sinus thrombosis as a complication of acute mastoiditis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74:433–4.

R. Velasco Zúñiga*, J.L. Fernández Arribas,
S. Puente Montes
y N. Campo Fernández

Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: quetzal1980@yahoo.es
(R. Velasco Zúñiga).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.05.003