



CASO 10-2012: MASCULINO DE 15 AÑOS CON OTITIS MEDIA AGUDA PURULENTO, PARÁLISIS DEL SEXTO PAR Y MENINGITIS: SÍNDROME DE GRADENIGO



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Reporte de Caso

Recibido: 07/07/2012
Aceptado: 18/07/2012

Javier Chavarría Campos¹
Carlos I. Quesada Aguilar²

¹ Estudiante de quinto año de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica.

² Especialista en Medicina Interna. Asistente del Servicio de Medicina Interna No. 1 HSJD. Subcoordinador de la Cátedra de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la UCR. Profesor del Posgrado de Medicina Interna SEP, UCR-CENDEISSS. Correo electrónico: charlieqa@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino joven, sin antecedentes médicos conocidos, quien consultó por cuadro febril agudo asociado a cefalea, diplopia, otalgia y otorrea derecha. Durante su ingreso hospitalario se documentó la presencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) en la secreción de oído derecho y en dos hemocultivos. En el TAC de cráneo se observó cambios inflamatorios en la porción petrosa del hueso temporal.

PALABRAS CLAVE

Diplopia. Otitis. SAMR. Porción petrosa del hueso temporal.

ABSTRACT

The case of a young male patient, previously healthy, attended at the Hospital San Juan de Dios in San Jose, Costa Rica is presented. He complained of fever, headache, diplopia, earache and otorrhea. Meticilin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) was isolated in the ear secretion as well as in two blood cultures. CT scan showed inflammatory changes at the petrous portion of the temporal bone.

KEY WORDS

Diplopia. Otitis. MRSA. Petrous portion of temporal bone.



CASO CLÍNICO

Masculino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos. Inicialmente presentó dolor cervical inespecífico de una semana de duración, posteriormente agregó cefalea universal, otalgia y otorrea derecha, diplopía y edema a nivel de la hemicara derecha, que se extendió hacia la zona occipital y cervical superior.

Al examen físico de ingreso se documentó secreción purulenta en el conducto auditivo derecho, oftalmoplejía por parálisis del VI par derecho e importante edema facial y cervical.

Estudios de Laboratorio: Hemograma con leucocitosis y bandemia. Elevación de reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva). Líquido cefalorraquídeo (LCR): pleocitosis con predominio de linfocitos. Hemocultivos (tomados de ambos miembros superiores) y cultivo de exudado de oído derecho positivos por SAMR.

TAC de cerebro: otomastoiditis derecha y aumento de volumen de tejidos blandos a nivel occipital y cervical superior. Se evidencia que tanto el oído medio, la mastoides y la porción petrosa del hueso temporal están ocupados por material de densidad similar al tejido blando. En el TAC de tórax se documenta lesiones periféricas, redondeadas, compatibles con zonas de pérdida de parénquima pulmonar en relación con proceso embólico séptico.

DISCUSIÓN

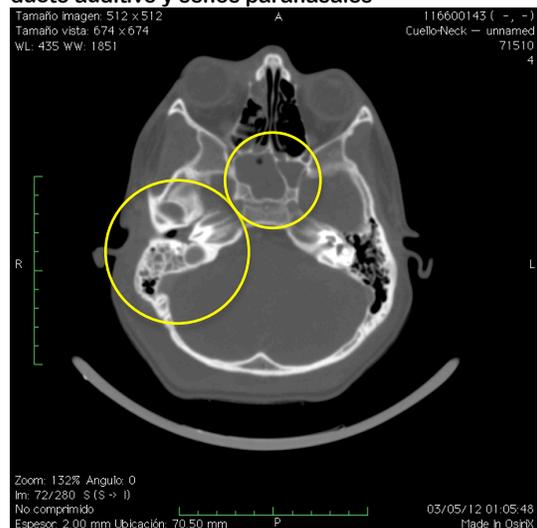
La otitis media aguda (OMA) puede tener complicaciones sino recibe tratamiento adecuado. La mayoría de éstas se da por extensión directa del proceso inflamatorio e infeccioso hacia estructuras vecinas.

Las complicaciones de las OMA se puede dividir anatómicamente en intratemporales e intracra-neales. Entre las complicaciones intratemporales se encuentran la mastoiditis aguda, la petrositis aguda y la laberintitis, según la inflamación se extienda a las celdillas mastoideas, a la porción petrosa del hueso temporal o al laberinto, respectivamente⁽¹⁾.

El síndrome de Gradenigo fue descrito a inicios del siglo XX por Giuseppe Gradenigo. La triada clásica consiste en⁽²⁾:

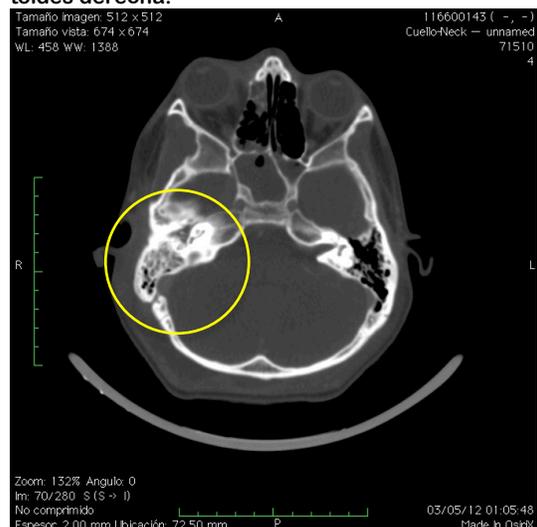
1. Otitis media supurativa,
2. Dolor facial en la región inervada por la primera y segunda rama del trigémino y
3. Parálisis del VI par craneal

Figura 1. Hallazgos tomográficos a nivel de conducto auditivo y senos paranasales



En la figura 1 se evidencia el compromiso a nivel del conducto auditivo interno derecho, con acumulación de material a este nivel, así como ocupación de los senos etmoidal y esfenoidal.

Figura 2. Hallazgos tomográficos a nivel de mastoides derecha.



En la figura 2 se aprecia ocupación de las celdillas mastoideas, hallazgo compatible con otomastoiditis.



La fisiopatología del síndrome considera que el proceso inflamatorio se extiende por contigüidad desde el oído medio y la mastoides hacia el extremo medial (hueso temporal). Esto explica el intervalo de 1 a 12 semanas entre el proceso supurativo del oído medio y la aparición de la triada completa. La inflamación local de la duramadre adyacente a la porción petrosa del hueso temporal compromete al V y VI pares craneales, debido a que ambos nervios están separados de la porción petrosa del temporal solo por dicha meninge, por lo que son muy vulnerables a los procesos inflamatorios de esa región⁽³⁾.

Figura 3. Hallazgos tomográficos a nivel cervical, donde se aprecia colección subcutánea importante, en relación con el antecedente de cervicalgia en el paciente.



Las celdillas del hueso temporal que se comunican con el oído medio, representan la ruta más común para la propagación de la infección, pero existen otras vías directas de extensión, como los canales vasculares, los planos fasciales e incluso atravesando el propio hueso. Además, sino se interviene a tiempo, la infección puede evolucionar comprometiendo las meninges propiamente dichas, el seno cavernoso y el parénquima cerebral, lo cual explica la alta morbimortalidad de esta entidad⁽⁴⁾.

Los pacientes con algún tipo de inmunosupresión, tienen mayor susceptibilidad de desarrollar esta complicación, por lo que en estos casos se

debe descartar inmunodeficiencias primarias o secundarias⁽⁵⁾.

Figura 4. Tomografía de tórax que evidencia lesiones pulmonares periféricas compatibles con siembras sépticas.



Entre las posibles complicaciones más peligrosas del síndrome de Gradenigo se encuentran la meningitis, los abscesos intracraneales, paravertebrales y parafaríngeos, entre otros⁽⁵⁾.

Los hallazgos del TAC y la RMN, en las que se visualizan signos inflamatorios en la porción petrosa apical mastoidea, compatibles con una petrositis aguda, son los que confirman el diagnóstico⁽²⁾.



Así en el TAC, lo más característico es observar opacificación de las celdillas petrosas y mastoideas, además puede haber destrucción del hueso y evidencia de abscesos intracraneales⁽⁵⁾.

Tratamiento:

En cuanto al tratamiento, debe basarse en antibióticos de amplio espectro con esquemas largos y de administración intravenosa. Los medicamentos seleccionados deben tener buena penetración al hueso y cubrir a los agentes comunes de OMA (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.*, y *Pseudomonas aeruginosa*). Las opciones quirúrgicas también pueden considerarse, e incluyen desde la miringotomía con inserción de tubos de timpanostomía hasta la mastoidectomía.

En un paciente con síndrome de Gradenigo, las indicaciones de tratamiento quirúrgico son básicamente dos: si la OMA es evidente, se debe colocar un tubo de timpanostomía para obtener un cultivo de la secreción y si no hay mejoría a pesar de adecuado tratamiento con antibióticos, o si el paciente presenta complicaciones potencialmente mortales, donde lo correcto es realizar una mastoidectomía y drenaje, buscando extraer todo el material que está ocupando la porción petrosa del temporal⁽⁶⁾.

CONCLUSIONES

El síndrome de Gradenigo es una complicación poco frecuente de la OMA, pero muy grave. Debe sospecharse en pacientes con clínica de OMA que presente cefalea unilateral y VI par craneal ipsilateral.

El tratamiento incluye antibioticoterapia y medidas quirúrgicas ante indicaciones precisas.

El paciente del presente caso evolucionó adecuadamente, sin secuelas luego de tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico

BIBLIOGRAFÍA

1. Kliegman R Behrman R Jenson H Stanton B. *Nelson Tratado de Pediatría*. Elsevier España. 18ª edición, 2009.

2. López R Vizcaíno C Revert F Espinosa N Fuentes M Neipp C. *Oftalmoplejia externa secundaria a petrositis apical: síndrome de Gradenigo*. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5:571-575
3. Guedes V Gallegos P Ferrero A *et al*. *Síndrome de Gradenigo: comunicación de un caso*. Arch Argent Pediatr 2010;108(3):74-75
4. Piron K Gordts F Herzeel R. *Gradenigo Syndrome: A case-report*. Bull Soc belge Ophtalmol 2003;290:43-47.
5. Motamed M Kalan A. *Gradenigo's syndrome*. Postgrad Med J 2000;76:559-560
6. Gibier L Darrouzet V Franco V. *Gradenigo Syndrome without Acute Otitis Media*. Pediatr Neurol 2009;41:215-219.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Radiología del Hospital San Juan de Dios, por las imágenes suministradas y la interpretación de las mismas.