

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso clínico

Parálisis facial secundaria a tuberculosis de oído medio: a propósito de un caso

Facial palsy secondary to middle ear tuberculosis: case report

Fabián Álzate Amaya, Miguel Mayo Yáñez, Anselmo Padin Seara,
Carlos Vázquez Barro.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, España.

Recibido: 4/5/2016 Aceptado: 8/8/2016

Resumen

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud reemergente impulsado por múltiples factores de riesgo destacándose la inmunosupresión en pacientes con VIH. Objetivos: Mostrar una presentación atípica de tuberculosis de oído medio. Caso Clínico: Paciente de 40 años que consulta por cuadro compatible con otitis media aguda no supurada, que evoluciona a otitis serosa asociada a paresia facial House-Brackmann (H-B) grado III. Por dicho motivo se decide insertar bajo anestesia local un drenaje transtimpánico asociado a tratamiento con ciprofloxacino y corticoterapia oral. Posteriormente existe una evolución tórpida con empeoramiento de la función facial hasta un grado H-B VI y clínica vestibular. La tomografía computerizada (TC) informa de ocupación de caja, antro y celdas mastoideas por tejido inflamatorio compatible con otomastoiditis no coalescente. Se decide el ingreso y durante el mismo se objetiva fiebre y expectoración amarillenta con

Correspondencia: Fabian Alzate Amaya

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Correo electrónico: fabian.alzate.amaya@sergas.es

radiología de tórax compatible con cavernoma tuberculoso, no presente en estudios previos.

Dentro de la batería de analíticas solicitadas, se realiza baciloscopia seriada aislándose *Micobacterium Tuberculosis Complex*. Se inicia esquema anti-tuberculoso con Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol. La paciente presentó respuesta clínica favorable tanto pulmonar como otológica. Conclusión: La otomastoiditis secundaria a tuberculosis (TB) es una patología infrecuente y su clínica heterogénea, como en el caso que nos ocupa, puede dificultar su diagnóstico por lo que hay que tenerla en cuenta ante una otitis media que no responda adecuadamente a la antibioterapia habitual.

Palabras clave: Otitis media, mastoiditis, tuberculosis.

Abstract

Introduction: Tuberculosis is a re-emerging health problem driven by multiple risk factors, highlighting immunosuppression in HIV patients. Objectives: to show a middle ear tuberculosis atypical presentation. Case report: A 40 year old patient consulted with clinical features compatible diagnosed with tuberculous otitis media, who evolves to complicated acute otitis media associated with House-Brackmann grade III (H-B) facial paralysis. For the previous motive it's decided, under local anesthesia, the insertion of transtympanic drainage associated with ciprofloxacin and oral corticosteroid. Posteriorly, exists a torpid evolution with worsening of the facial function to a H-B VI and vestibular features. Computerized Tomography informs complete occupation of the tympanic cavity, antrum and mastoid air cells by inflammatory tissue-compatible with non-coalescing otomastoiditis. For these means, its consider hospitalization, and during her process fever with yellow expectoration is objected and also a torax radiography compatible with tuberculous cavernoma, not present in previous studies. Inside the battery of analytical requested, baciloscopia is performed, isolating *Mycobacterium Tuberculosis Complex*. Anti-tuberculous scheme was initiated with Rifampin, Isoniazid, Pyrazinamide and Ethambutol. The patient presented favorable clinical response both pulmonary and otologic. Conclusion: otomastoiditis secondary to tuberculosis is a infrequent pathology and its heterogeneous clinical features, as in this case, can difficult its diagnosis confirmation so it must be taken into account in acute otitis media that does not respond adequately to standard antibiotic therapy.

Keywords Otitis media, mastoiditis, tuberculosis.

Introducción

La tuberculosis es un problema de salud reemergente, impulsado por la presencia de múltiples factores de riesgo entre los que se destaca de manera particular la inmunosupresión en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su prevalencia oscila entre 5-20 habitantes por cada 100,000 en Europa¹. Sin embargo, la afectación del oído medio por tuberculosis es infrecuente, contando con una prevalencia estimada entre el 0,5 y el 1%, por lo que rara vez se plantea como diagnóstico diferencial en la práctica clínica².

Presentamos un caso de presentación atípica de tuberculosis ótica asociada a parálisis facial y vértigo.

Caso Clínico

Paciente mujer de 40 años, con antecedente de infección por VIH y adecuada adherencia al tratamiento retroviral que consulta por cuadro clínico de instauración brusca en horas de otalgia pulsátil, taponamiento e hipoacusia de oído derecho, compatible con otitis media aguda no supurada. Tras tratamiento con amoxicilina durante 10 días, persiste taponamiento e inicia cuadro de paresia facial periférica homolateral House-Brackmann (H-B) grado III.

A la otoscopia destaca un tímpano engrosado, sin retracción ni datos inflamatorios con ocupación del oído medio, motivo por el que se decide la inserción bajo anestesia local de un drenaje transtimpánico, aspirándose exudado seroso, asociado a tratamiento con ciprofloxacino y corticoterapia oral.

Durante su seguimiento ambulatorio se observa empeoramiento clínico, con otorrea persistente, agravamiento de la parálisis facial hasta un grado V H-B, asociando hipoacusia neurosensorial y clínica vestibular en los siguientes 30 días. Dado el empeoramiento de la paciente, se decide el ingreso hospitalario para tratamiento y realización de pruebas complementarias, mostrando en el test de impulsión cefálica (v-HIT) una hipofunción vestibular derecha y en la audiometría tonal liminar una hipoacusia neurosensorial severa derecha (figura 1). La TAC informa de ocupación completa de la caja timpánica, antro y celdillas mastoideas por tejido inflamatorio compatible con otomastoiditis no coalescente sin erosión ósea y la Resonancia magnética nuclear (RMN) descarta una posible lesión retrococlear (figura 2). Se instaura tratamiento médico con ceftriaxona intravenosa, sin evidenciar respuesta favorable en las siguientes 72 horas.

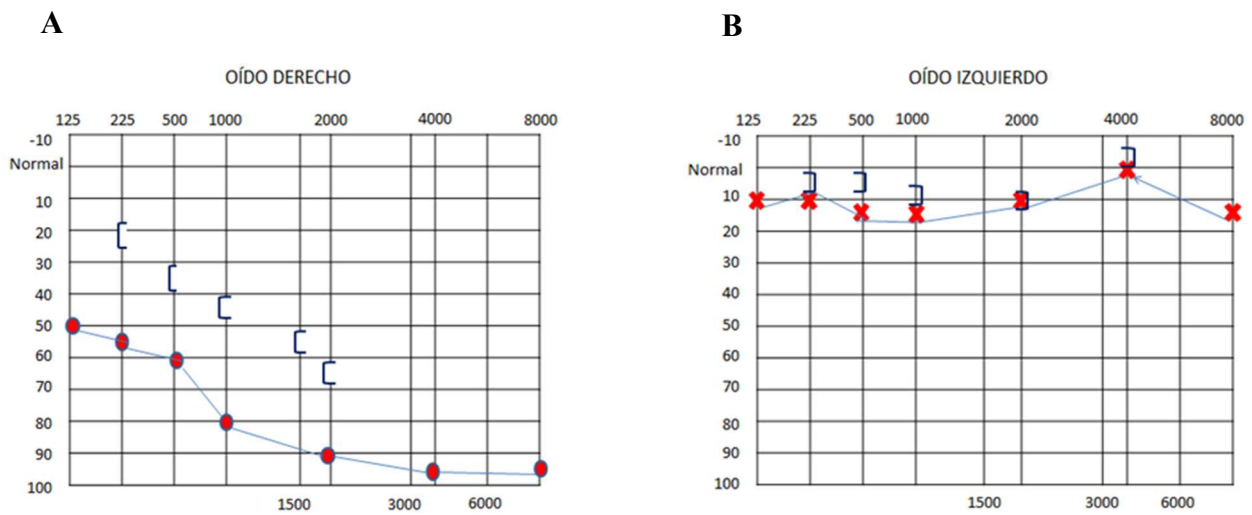


Figura 1: Audiometria: **A.** Hipoacusia mixta en oído derecho con mayor caída en tonos agudos y umbral medio de 81 Db. **B.** Oído izquierdo sin alteraciones.

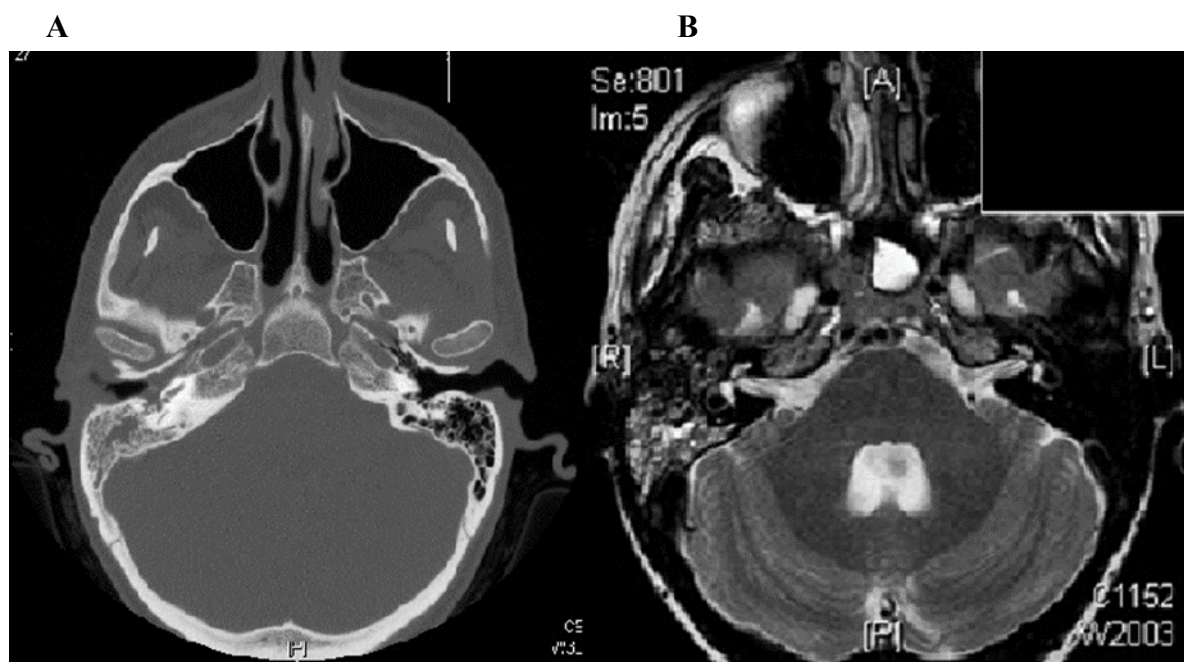


Figura 2: **A.** Ocupación de caja timpánica, antro y celdas mastoideas derechas por material hipodenso compatible con tejido inflamatorio **B.** Afectación de caja timpánica derecha sin afectación vestibular ni coclear.

Durante la hospitalización comienza con un cuadro respiratorio consistente en tos con broncorrea mucopurulenta. Se solicita radiografía de tórax en donde se observa consolidación parenquimatosa en lóbulo superior derecho de tipo exudativo con cavitación. Ante los hallazgos radiológicos encontrados, se solicita baci-

loscofia seriada aislándose *Micobacterium Tuberculosis Complex*. Se comienza esquema terapéutico con Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol durante 9 meses. A los 15 días la otorrea cede y van mejorando los síntomas vestibulares. A los 30 días la parálisis facial evoluciona hasta casi la normalidad (grado II H-B), alcanzando una movilidad normal a los 60 días.

Tras 6 meses de seguimiento posterior al tratamiento, la paciente persiste con hipofunción vestibular derecha objetivada en las pruebas calóricas, hipoacusia neurosensorial severa y perforación timpánica subtotal.

Discusión

La enfermedad tuberculosa del oído medio fue descrita por primera vez en 1883 por Eschle. Cuenta con una incidencia en los diferentes estudios entre 0.05-0.9%. Su fisiopatología puede explicarse por diferentes mecanismos de diseminación, entre los cuales resalta la vía hematógena, seguida de la linfática por contigüidad a través de la trompa de Eustaquio. Esta última se plantea sobre todo en la población pediátrica³.

Podemos encontrar afectación laberíntica por propagación/migración bacteriana a través de la ventana redonda y oval e incluso puede utilizar como vía el acueducto coclear con posterior compromiso meníngeo⁴. Su presentación clínica clásica se basa en la triada de otorrea supurativa indolora, es de una otitis supurativa, múltiples perforaciones a nivel de la membrana timpánica y parálisis facial describiéndose en la literatura prevalencias de 1.25-45% incluyendo afectación laberíntica, la mayoría encontrada en población infantil. A su vez, puede ir acompañado de linfadenopatías cervicales no dolorosas y resistencia al tratamiento médico convencional e hipoacusia de transmisión (90% de los casos)⁵.

Sin embargo, debido a las características de la infección tuberculosa que le otorgan el sobrenombre de “la gran simuladora”, existen multitud de presentaciones atípicas que se alejan de la evolución natural. Así, en series más recientes podemos encontrar un escaso porcentaje de afectación del nervio facial, así como imágenes en la otoscopia que no difieren de un proceso otítico crónico, alejándose de las clásicas perforaciones múltiples, que se dan sólo en un 5% de los casos⁶.

Podemos concluir que nuestro caso destaca por la ausencia inicial de perforación timpánica, probablemente evitada en primer lugar por la inserción precoz de un drenaje transtimpánico. A pesar de que la afectación facial o vestibular no es excepcional, suele presentarse en el contexto de una otitis media crónica (OMC). De hecho, debe descartarse la afectación tuberculosa ante toda parálisis facial en el contexto de una OMC⁷. Lo llamativo de este caso es la afectación precoz a nivel auditivo, vestibular y facial tras una

otitis media aguda no supurada, que la convierten en una presentación atípica de esta enfermedad.

En los hallazgos radiológicos mencionados en la literatura se encuentran la presencia de tejido inflamatorio en el oído medio, así como secuestros óseos y destrucción del oído interno⁸. En nuestra paciente encontramos tejido inflamatorio en oído medio sin destrucción ósea ni complicación intracraneal.

La infección tuberculosa en el oído medio puede diagnosticarse mediante diversos métodos, incluyendo el examen bacteriológico, citológico, patomorfológico y estudios mediante PCR o cultivo. El elemento clave para la confirmación diagnóstica de tuberculosis es el estudio histopatológico, junto con tinciones específicas tales como Zielh-Nielsen. No es infrecuente el hallazgo postoperatorio de la infección tuberculosa en la muestra anatómica tras haber practicado una cirugía otológica en el oído afecto, dada la afectación del nervio facial. Así habría sido en nuestro caso, de no haber coexistido la afectación pulmonar que, aunque tardía, nos permitió un diagnóstico ad jubantivus. Gracias a la respuesta inmediata tras la administración del esquema tuberculostático, se logra hacer el diagnóstico de tuberculosis de oído medio. Hay que recordar que apenas el 1% de la infección tuberculosa pulmonar va a tener afectación a nivel ótico, y que hasta en un 10-20% de las tuberculosis de oído va a coexistir un foco pulmonar primario⁹.

El tratamiento antibiótico utilizado en pacientes VIH es el mismo al esquema estándar anti-TB utilizado en inmunocompetentes (RIPE), únicamente teniendo en consideración un mayor periodo de tratamiento siendo alrededor de un año. Finalmente hay que hacer particular hincapié en la monitorización clínico-radiológica en búsqueda de fallos de tratamiento o interacción con la medicación retroviral¹⁰.

La otomastoiditis secundaria a TB es una patología muy infrecuente y su clínica heterogénea puede dificultar su confirmación. Sin embargo debe ser una posibilidad diagnóstica a descartar en otitis complicada refractaria a tratamiento antibiótico habitual sobre todo en paciente con factores de inmunosupresión.

Declaración de conflicto de intereses:

En este artículo no se declara que no hay conflictos de intereses.

Bibliografía

- 1- González-Pena M, Blanc-Joseph M, Pardo Jesus et al. Otorrea como primera manifestación de tuberculosis. Med Clin (Barc). 2011; 136(6): 268-9.
- 2- Juanet JI, Acuña M, Casar C. Otomastoiditis tuberculosa: A propósito de un caso. Rev Chil Enf Respir 2011; 27: 43-48.

- 3- Aupy B, A Jahidi, Benariba F et al. Tuberculosis del oído medio. EMC - Otorrinolaringología. 2009;38(2), p. 1-6.
- 4- Miracle López S, Ayala I, Francisco Suarez J et al. Otitis media tuberculosa. An Med (Mex). 2005; 50 (1):30-4.
- 5- Jonas, N. E. and C. A. J. Prescott. Chapter 44 - Ear, nose, and throat tuberculosis in adults and children. Tuberculosis. En: H. S. S. I. Z. M. Grange, M. C. Raviglione and W. W. Y. R. S. P. R. Donald. Edinburgh, W.B. Saunders; 2009.p. 463-8.
- 6- Chiesa- Estomba, CM, Betances- Reinoso FA, Rivera-Schmitz T, Ossa-Echeverri CC, González- Cortés MJ, Santidrian- Hidalgo C, et al. Tuberculosis de cabeza y cuello: estudio retrospectivo de 6 años. Acta Otorrinolaringol Esp. 2016; 67(1): 9-14
- 7- Van Toorn R, Solomons, R. Update on the diagnosis and management of tuberculous meningitis in children. Semin Pediatr Neurol. 2014; 21(1): 12-18.
- 8- Fernández Rodríguez R, Porto Golpe I, Lema Mougán R, *et al.* Adenitis cervical tuberculosa: un diagnóstico a tener en cuenta en ORL [Tuberculous cervical lymph node inflammation: a diagnosis to be considered in ear, nose and throat practice] Acta Otorrinolaringol Esp. 1999; 50: 539-542
- 9- Vaamonde P, Castro C, García-Soto N, Labella T, Lozano A et al. . Tuberculous otitis media: a significant diagnostic challenge. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004; 130(6): 759-66.
10. Torres Mayorga, G., et al. Otitis media tuberculosa Revista Colombiana Salud Libre. 2014; 9 (1): 55-58.