

Autores: Britos, Christian; Aguilar, Nuñez Rocio; Dra. Perticone Vanina; Dra Sosa, Micaela
Hospital Privado de Comunidad. Servicio de Otorrinolaringología, Mar del Plata.
Mail de contacto: cristianbritos.91@gmail.com

E poster Nro: 7283

Introduction

La otitis media aguda (OMA) es una inflamación del oído medio que se resuelve en menos de tres semanas. Es común en niños, afectando al 60% antes del año y al 80% antes de los dos años. Sus principales agentes causales son bacterias como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*, además de virus respiratorios.

Los síntomas incluyen otalgia, otorrea, fiebre e hipoacusia, y el diagnóstico se confirma mediante otoscopia. Las complicaciones pueden ser intratemporales (mastoiditis, parálisis facial, laberintitis) o intracraneales (meningitis, absceso cerebral).

La miringocentesis es imprescindible en casos complicados o en pacientes inmunodeprimidos. Las vacunas contra influenza y neumococo (PCV-7, PCV-10, PCV-13, entre otras) son clave para reducir la enfermedad y sus complicaciones.

Caso 1

Paciente masculino de 48 años consulta por odinofagia de una semana tratada inicialmente como faringitis aguda. Reconsulta por persistencia de síntomas y otalgia derecha, diagnosticándose OMA derecha. Tras tratamiento ambulatorio sin mejoría, se interna por náuseas y vómitos, iniciándose tratamiento empírico con ampicilina-sulbactam.

Laboratorio revela leucocitosis, y estudios de imágenes confirman ocupación del oído medio derecho y celdillas mastoideas. Audiometría muestra hipoacusia mixta con componente conductivo. Al tercer día de internación, presenta vértigo y parálisis facial grado II. Se realiza miringocentesis evacuadora y se ajusta tratamiento a piperacilina-tazobactam más vancomicina. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta tras 7 días con tratamiento ambulatorio. A las 4 semanas, logra recuperación completa de la parálisis facial con rehabilitación vestibular y facial.

Caso 2

Paciente de 7 años, derivada con diagnóstico de meningitis originada por otitis media aguda. Inicia con otalgia bilateral, cefalea, fotofobia, fiebre, náuseas y vómitos. A la exploración física se encuentra con rigidez de cuello, fotofobia y sensorio alternante. La otoscopia muestra otitis media bilateral en resolución. El LCR es turbio, sanguinolento y contiene cocos gram positivos.

Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona. Tomografía y resonancia magnética muestran ocupación de ambos oídos medios, siendo más notoria en el derecho. La timpanometría muestra curvas tipo B bilaterales. Se realiza miringocentesis evacuadora bilateral, cuyo cultivo revela *Staphylococcus coagulasa* negativo resistente a metilina.

Tras 14 días de tratamiento endovenoso, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con tratamiento ambulatorio por 7 días más.

Caso 3

Paciente de 10 años con vacunación incompleta, presenta fiebre de 48 horas, otalgia derecha, acúfeno y petequias. La otoscopia muestra otitis media aguda derecha. Se sospecha meningococemia y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona sin esperar punción lumbar debido a dificultades en la sedación. La punción se realiza 12 horas después de comenzar el tratamiento.

Se realiza miringocentesis evacuadora del oído derecho, cuyo cultivo da positivo para *Corynebacterium* sp.. El paciente responde favorablemente tras 7 días de tratamiento endovenoso con ceftriaxona y se da de alta con esquema completo de vacunación. La audiometría post-tratamiento muestra normoacusia y timpanometría con curvas tipo A bilaterales.

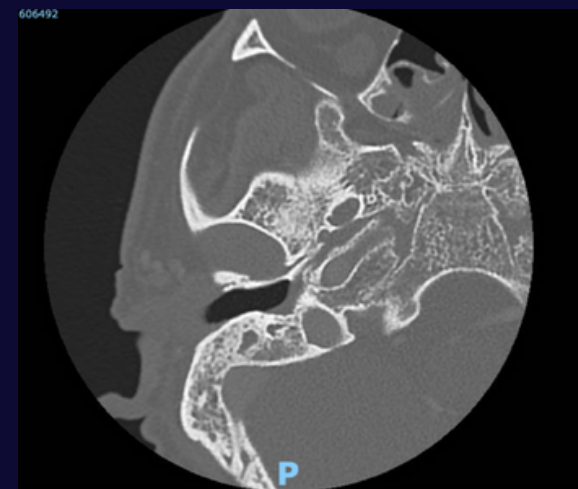


Figura 1: Tomografía computada de oído, se observa ocupación del OM derecho.

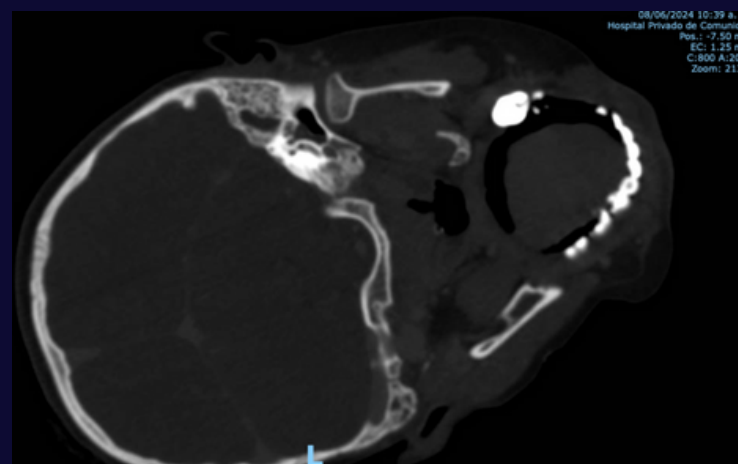


Figura 2 Tomografía computada de cráneo, se observa ocupación de OM y celdillas mastoideas.

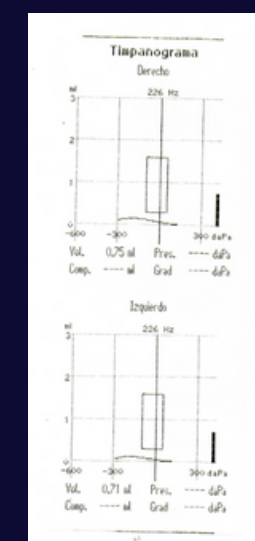


Figura 3: Timpanometría con curvas tipo B



Conclusion

La otitis media aguda (OMA) es una infección común, especialmente en la niñez, que puede llevar a complicaciones graves si no se maneja adecuadamente. La mastoiditis, parálisis facial y las infecciones intracraneales, como la meningitis, son complicaciones importantes que requieren atención temprana. El tratamiento adecuado, que incluye antibióticos intravenosos y procedimientos como la miringocentesis, es esencial para prevenir secuelas graves. Los estudios de imagen son fundamentales para la evaluación de la extensión de la infección y la planificación de intervenciones quirúrgicas. La vacunación, especialmente contra patógenos como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, juega un rol crucial en la prevención de estas complicaciones, lo que subraya la importancia de completar los esquemas vacunales.