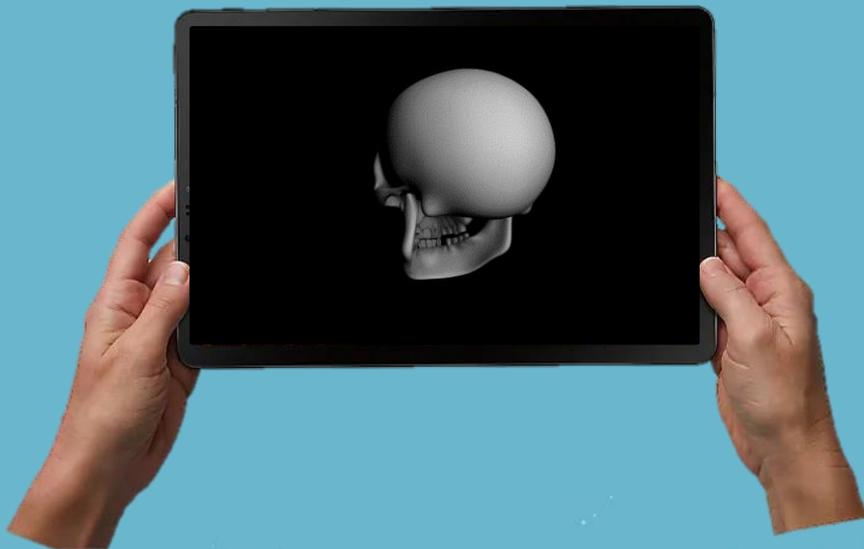




SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

No todo es lo que parece

Un caso para reflexionar



Dra Sara Ferrero Coloma
R3 de ORL

Colabora:
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Dr Alexander Scholz

Servicio de Radiodiagnóstico
Dr Francisco Adrián del Amo

¿Por qué este caso?



La importancia del diagnóstico diferencial



El trabajo en equipo



La variabilidad sintomatológica en ancianos



No hay que olvidar las enfermedades con poca incidencia



Caso clínico



- Varón de 82 años
- Acude a urgencias por empeoramiento del estado general y cefalea intensa
- Había iniciado tratamiento con Cefixima 400mg/24 horas para ITU hace 10 días
- Episodio de otalgia hace 1 mes, parcialmente resuelto

Antecedentes



No RAMc



Exfumador de unos 30 años-paquete
Sin otros hábitos tóxico.



No HTA No DM No DLP
No AP ni Iqx de interés
No toma medicación habitual

Síntomas

¿Qué contaba el paciente a su llegada a urgencias?

Cefalea
Principalmente temporal
que empeora a la palpación



Mal estado general



**Otalgia y sensación de
taponamiento OI**



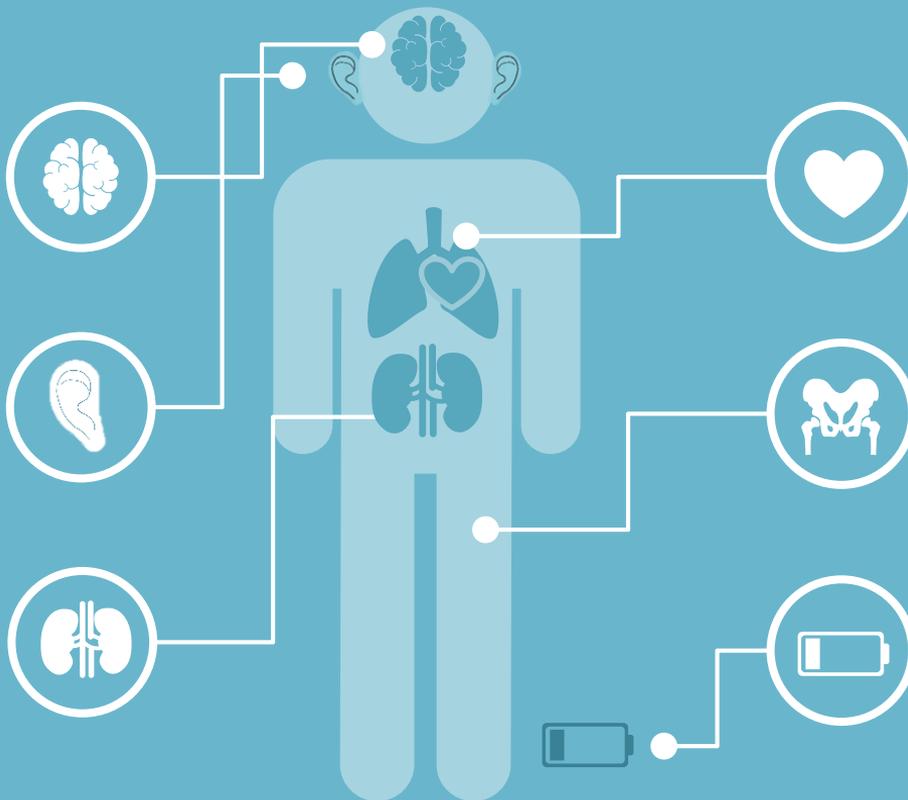
Inestabilidad
Marcha con aumento de la
base de sustentación



ITU
Diagnosticada hace 10 días



Astenia y Anorexia
Pérdida de 8 kg en 30 días



Exploración

Otalgia

Otitis externa

- Otalgia
- Causa bacteriana (Pseudomonas)
- Cuidado en pacientes con factores de riesgo:
 - Edad avanzada
 - Diabetes Mellitus
 - Inmunodeprimidos

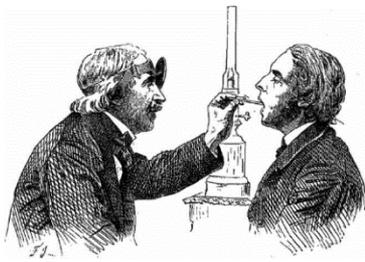


Otitis Media Seromucosa

- Acumulación de líquido en el oído medio
- Cuidado con la afectación unilateral
- A veces precisa tratamiento medico – quirúrgico



Rinne negativo OI
Weber lateralizado al oído enfermo



Nasofibroscoopia

Valoración con endoscopio

Acceso por ambas fosas nasales. Protusión de rodete tubárico izquierdo con abundante moco espeso. Resto de la exploración sin lesiones



Fosas nasales y nasofaringe

Buscar tumoraciones o protusiones.



Orofaringe e hipofaringe



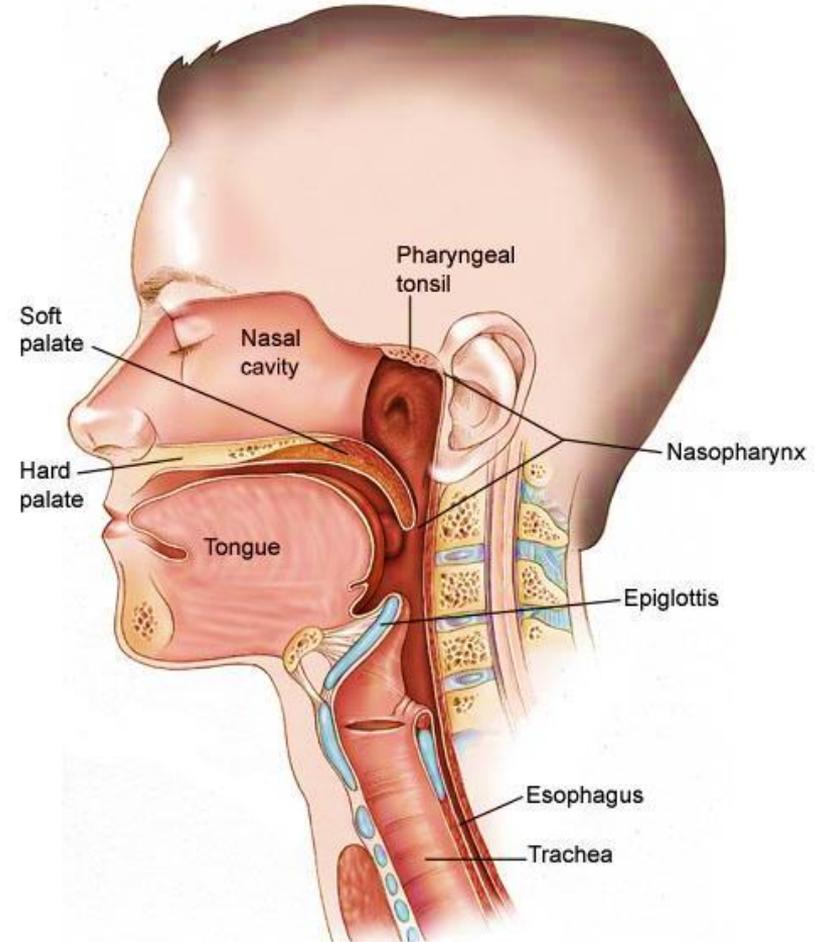
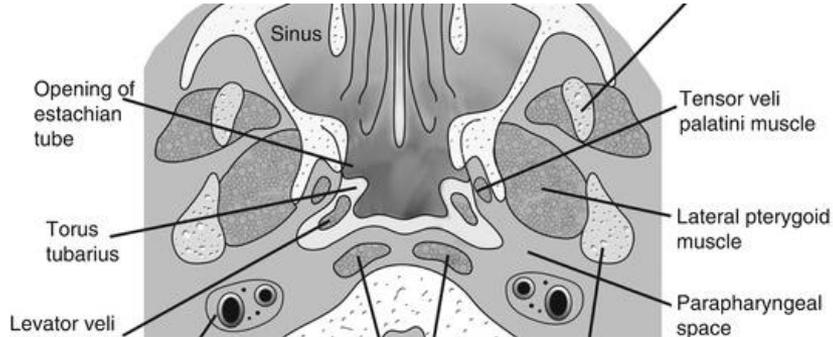
Laringe

Supraglotis, glotis y subglotis
Morfología y movilidad de las cuerdas

Recuerdo anatómico

Límites de la nasofaringe:

- Craneal: Base de Cráneo
- Posterior: Tercio posterior e inferior del hueso palatino.
Fosita de Rosenmüller
- Anterior: Coanas
- **Las funciones de la nasofaringe** son la participación en la fonación, la respiración y ventilación del oído medio.



Resto de la exploración



Área ORL

Cavidad oral y Orofaringe:
Normal
Sin adenopatías cervicales



Neurológico

Consciente y orientado en las tres
esferas
Pares craneales conservados
Fuerza y sensibilidad (5/5)
Marcha inestable



Otras áreas

Sin otros signos

Analítica sanguínea y de orina

ASU

Glucosa 163 mg/dL	82 - 115
Sodio 134 mmol/L	136 - 145
Potasio 4.4 mmol/L	3,5 – 5,1
Cloruro 89 mmol/L	98 - 107
FG: 78 mL/min	> 60 mL/min

PCR 5,47 mg/dL	PCR < 0,5
Lactato 2,6 mmol/L	0,5 – 2,0

Leucocitos 8,27 x 10 ³ /μL	4,50 – 11,00
Neutrofilos 6,03 x 10 ³ /μL	1,50 – 7,00
Linfocitos 1,43 x 10 ³ /μL	1,00 – 3,70

AOU

Densidad 1,025	1,016 – 1,022
Nitritos Positivo	
Sedimento: Leucocitos 20-30/campo	

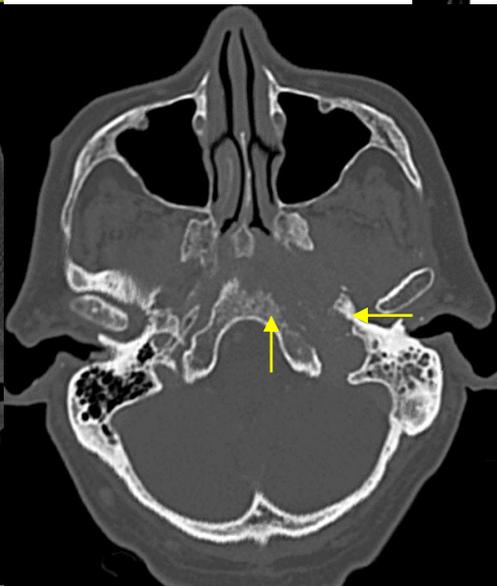
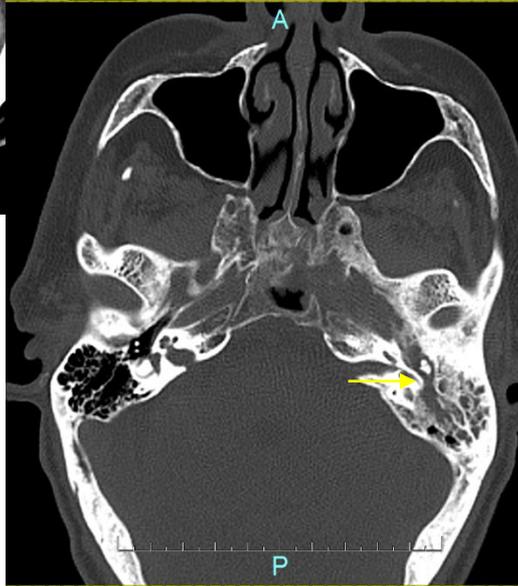
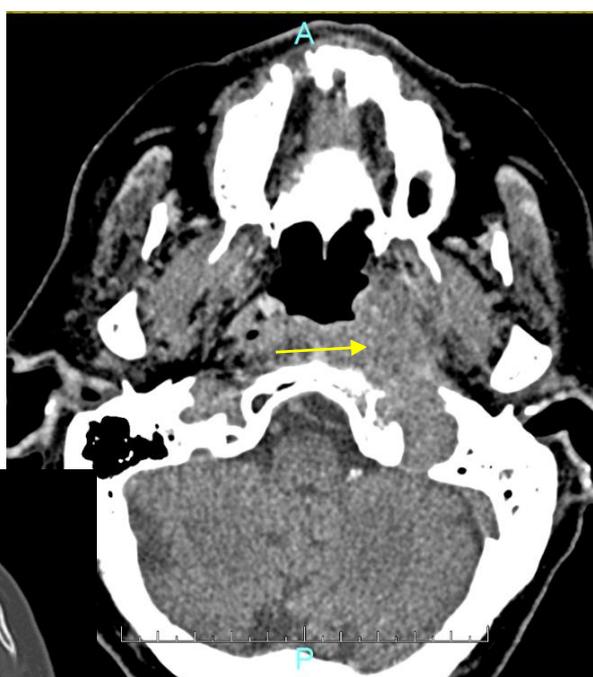
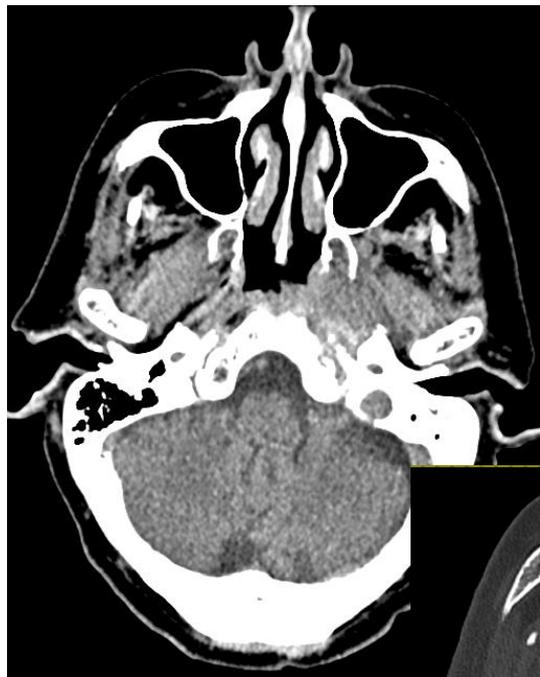


Estudio Radiológico Urgente



TC craneal sin contraste

TC craneal sin contraste

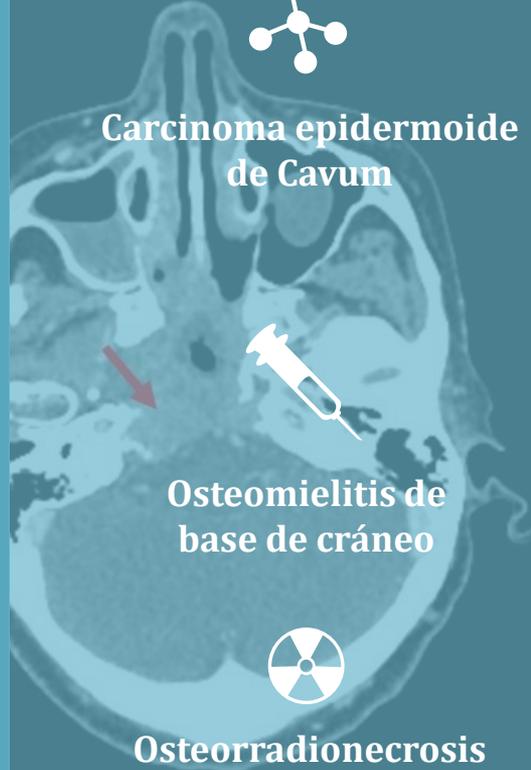


Diagnóstico diferencial

¿Qué nos planteamos según los síntomas y exploraciones?



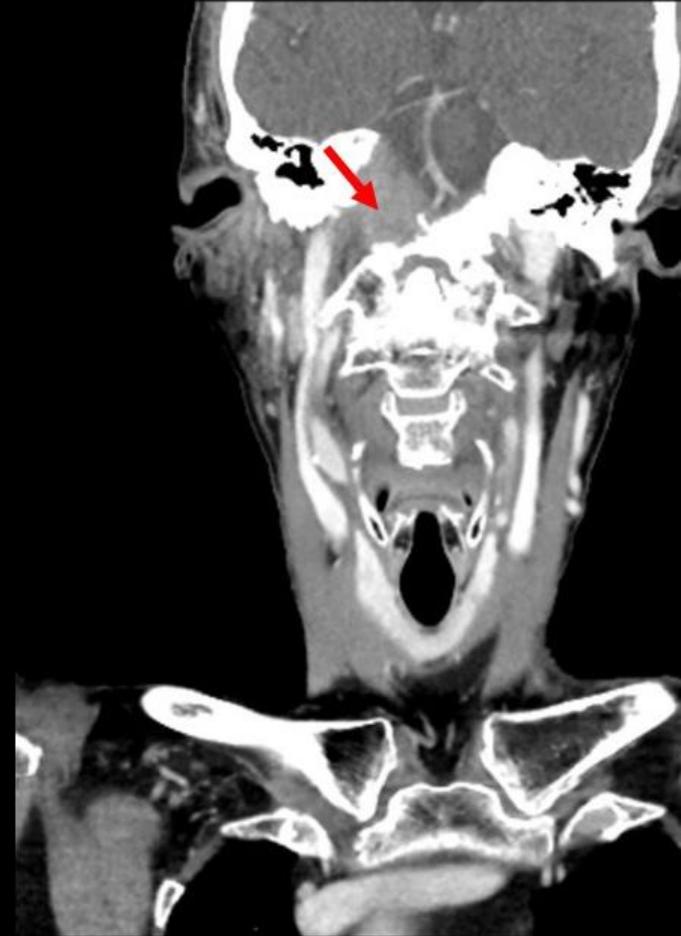
Carcinoma epidermoide de Cavum



Osteomielitis de base de cráneo



Osteorradionecrosis de base de craneo



Carcinoma de Cavum

Más frecuente Carcinoma Epidermoide



Epidemiología

- 1-15/100.000
- Dos picos de edad; 20 y 50 años



Etiología

- Multifactorial
- Virus de Epstein Barr

Relación Varón : Mujer



Síntomas

- Adenopatía cervical (50%)
- Signos otológicos (40-60%)
- Signos rinológicos
- Signos oftalmológicos
- Signos neurológicos

- El tratamiento de este tipo de tumores se base principalmente la quimioterapia + radioterapia
- El pronóstico está determinado por la extensión del tumor primitivo, la afectación ganglionar cervical y el estirpe histopatológica

Osteomielitis de base de cráneo

También conocida como otitis externa maligna

Infección necrosante causada por *Pseudomona aeruginosa* que se extiende desde el epitelio escamoso del conducto auditivo externo hasta tejidos adyacentes.



Las manifestaciones clínicas pueden incluir: cefalea, dolor en la ATM, otalgia, plenitud aurial, otorrea purulenta e hipoacusia de tipo conductivo.

Se recomienda el ingreso hospitalario para instaurar tempranamente el tratamiento antimicrobiano parenteral

Osteomielitis de base de cráneo

Criterios diagnósticos de otitis externa maligna

Criterios mayores

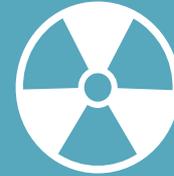
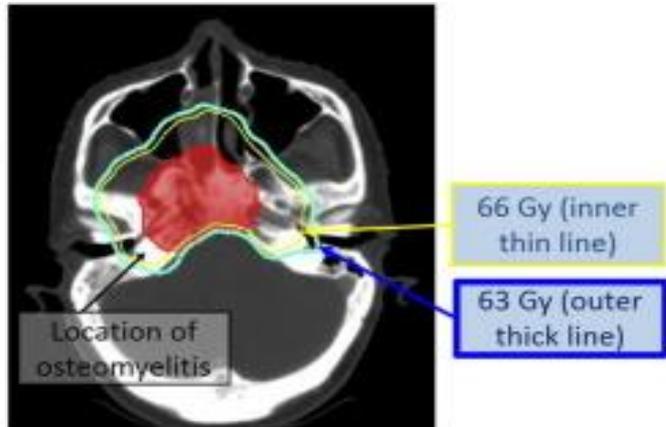
1. Otolgia intensa persistente
2. Otorrea purulenta
3. Inflamación de la piel del conducto auditivo externo
4. Tejido de granulación y zonas de necrosis cutánea, ósea (o ambas)
5. Microabscesos (cuando se realiza cirugía)
6. Gammagrafía ósea con Tc-99m positiva

Criterios menores

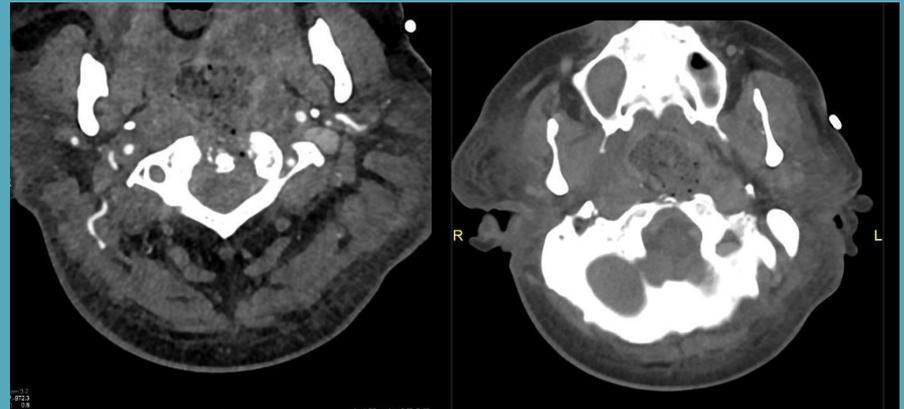
1. Aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*
2. Imagen radiológica de necrosis ósea u opacificación de cavidades neu máticas
3. Paciente inmunocomprometido
4. Afección de pares craneales
5. Paciente senil

Osteorradionecrosis de Base de Cráneo

- Muy grave
- Espontánea o en respuesta a una lesión
- **Dosis de irradiación por encima de 50-60Gy + Quimioterapia Concomitante.**



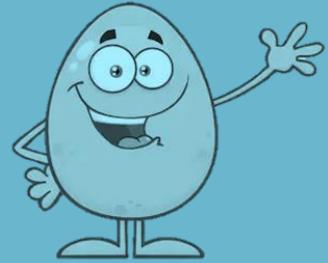
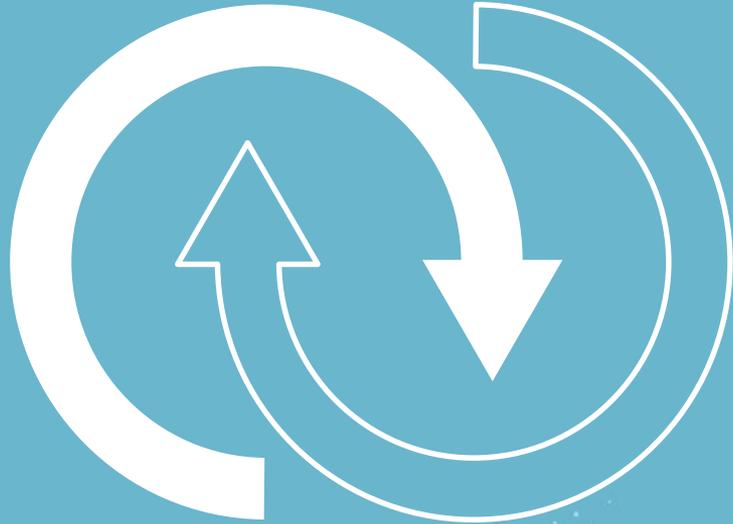
La osteorradionecrosis es potencialmente mortal y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cambios óseos nuevos o en desarrollo posteriores a la radioterapia.



¿Qué fue antes el huevo o la gallina?



Es la otalgia secundaria a una neoformación en la base del cráneo.



Es una otitis externa maligna la que ha provocado una neoformación en la base del cráneo

Ampliamos el estudio

Pruebas complementarias



Radiología

Se solicita TC con contraste ampliado a otras áreas



AP

Se realiza una primera biopsia



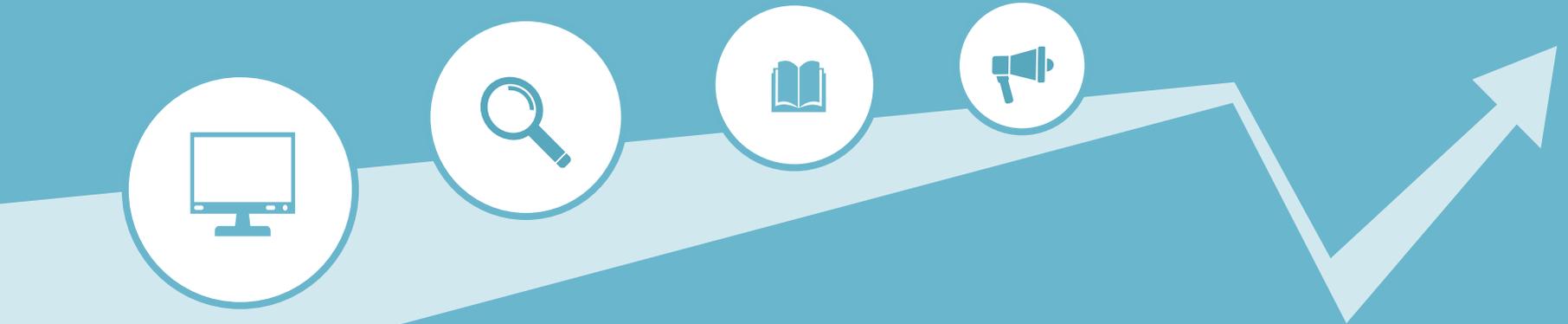
AS de seguimiento

Para valoración de reactantes de fase aguda.



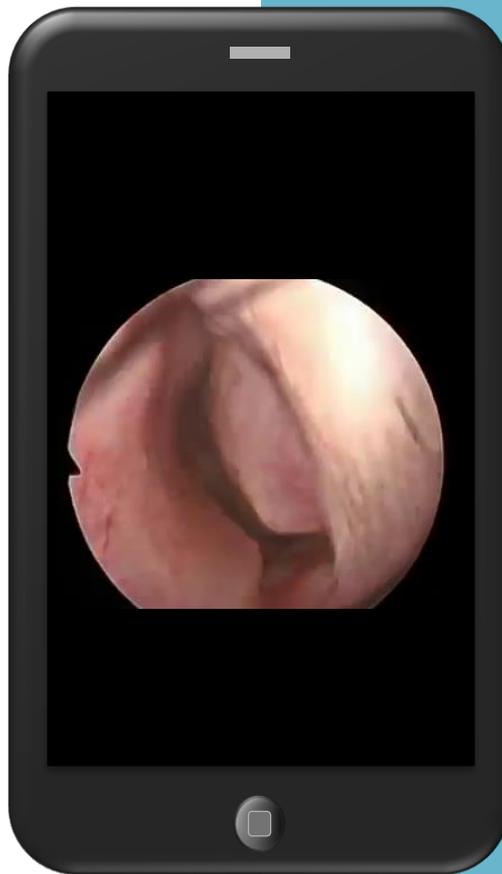
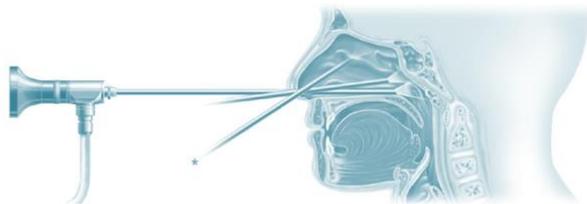
Se cita en COCC

Si resultados de AP que oriente a Carcinoma



Nueva biopsia

tras la negatividad de la primera



La segunda biopsia es negativa



El paciente sufre 3 síncope en 5 días. Se decide ingreso hospitalario.

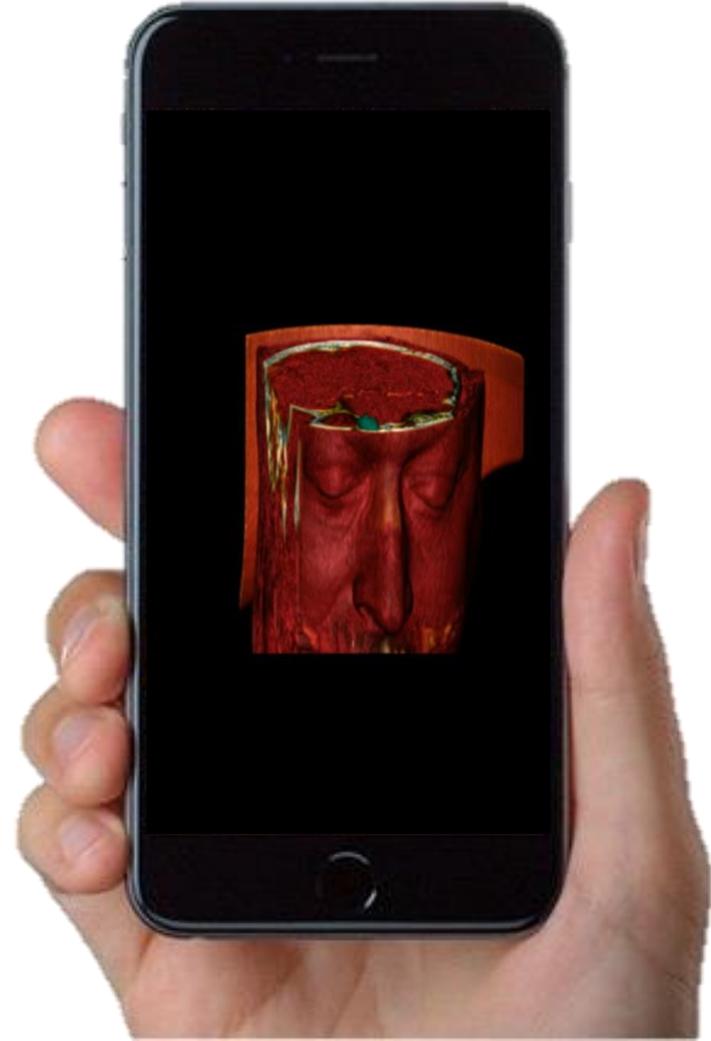
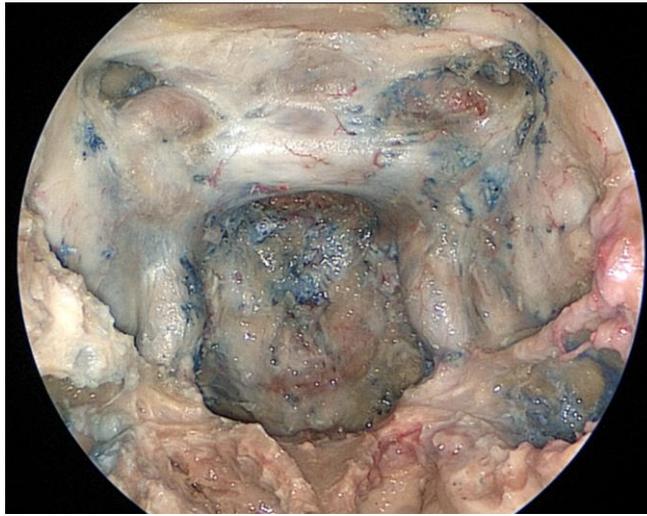


Se solicita preanestesia para biopsia bajo anestesia general.



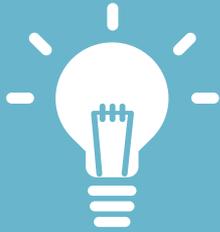
7 días más tarde...

Anatomía quirúrgica



Se realiza biopsia bajo Anestesia general

Fase quirúrgica

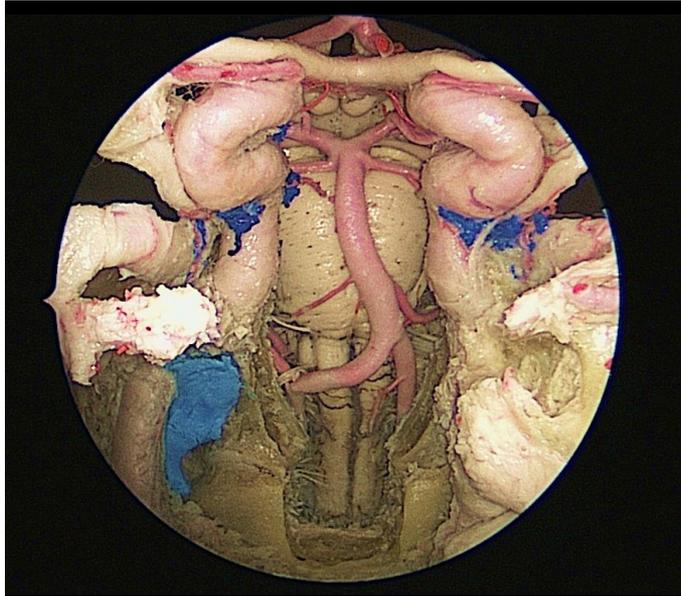


1. Exploración endoscópica normal
2. Esfenoidotomía amplia, se identifican las estructuras intraesfenoidales
3. Se toman muestras de la mucosa retrotubárica
4. Se sigue suelo de esfenoides hasta cavum donde se identifica cavidad de la que drena material purulento

“Se drena el absceso y se obtiene una muestra”

15 días más tarde...

Fase quirúrgica



Nueva actitud



La microbiología



Pseudomona aeruginosa.



**Se inicia tratamiento
antibiótico**

Con Ceftazidima iv
+ Ciprofloxacino



**Se solicitan nuevas
pruebas de imagen**

Incluyen RM y
Gammagrafía con TC



**El paciente mejora
notablemente en la
primera semana de
tratamiento**





Osteomielitis de base de cráneo

El paciente pasa a ser tratado en conjunto por
ORL y la Unidad de Enfermedades infecciosas

Tratamiento antimicrobiano y evolución

Pseudomonas aeruginosa
MICROORGANISMO AISLADO EN NÚMERO MODERADO.FLORA ÚNICA.

	Estado	CMI	Comentario
PIPERACILINA	Sensible	<=8	
PIPERACILINA/TAZOBACTAM	Sensible	<=8	
CEFTAZIDIMA	Sensible	2	
CEFEPIMA	Sensible	4	
IMIPENEM	Sensible	2	
MEROPENEM	Sensible	<=1	
AMIKACINA	Sensible	<=8	
GENTAMICINA	Sensible	4	
TOBRAMICINA	Sensible	<=2	
CIPROFLOXACINA	Sensible	<=0.5	
LEVOFLOXACINO	Sensible	<=1	
COLISTINA	Sensible	<=2	
AZTREONAM	Intermedio	4	

Se inicia ceftazidima y ciprofloxacino IV

18 días

Alta con tto VO con ciprofloxacino durante 4 semanas más

13 días

Deterioro del estado general e inestabilidad, sin fiebre

Ingreso
UEI

Se inicia ceftazidima y ciprofloxacino IV, se realiza RMN, se plantea nueva IqX pero presenta buena evolución clínica y radiológica con antibióticos IV → manejo conservador



Tratamiento antimicrobiano y evolución



Alta con UHD con
ceftazidima en perfusion IV
y ciprofloxacino VO

14 días

30 días

Revisiones en consultas tras 6
semanas de antibiótico IV:
asintomático, se mantiene solo
ciprofloxacino VO hasta nueva
RMN de control

30 días

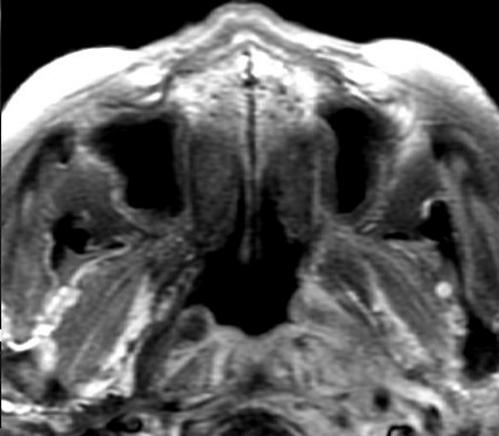
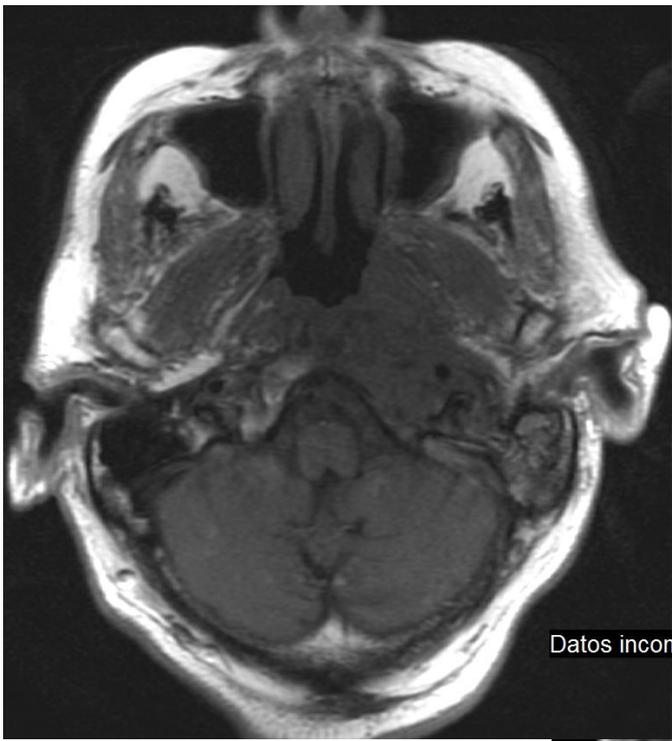
Ante mejoría radiológica
mantenida y RFA normales
se suspende ciprofloxacino

En controles posteriores en
consultas sin tto antibiótico no
presenta empeoramiento clínico,
analítico ni radiológico por lo que
es dado de alta

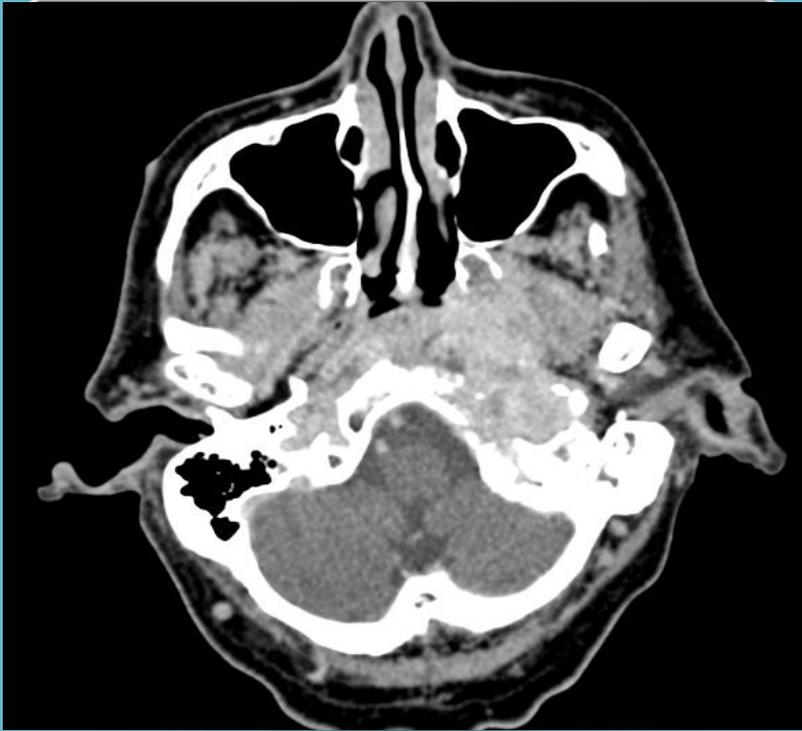


Estudio Radiológico

RM

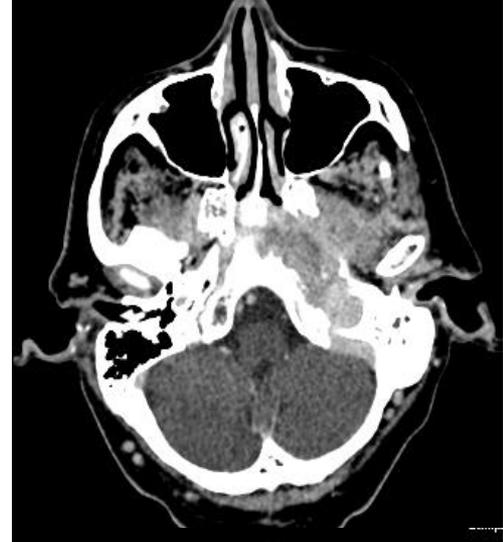


TC de extensión con contraste

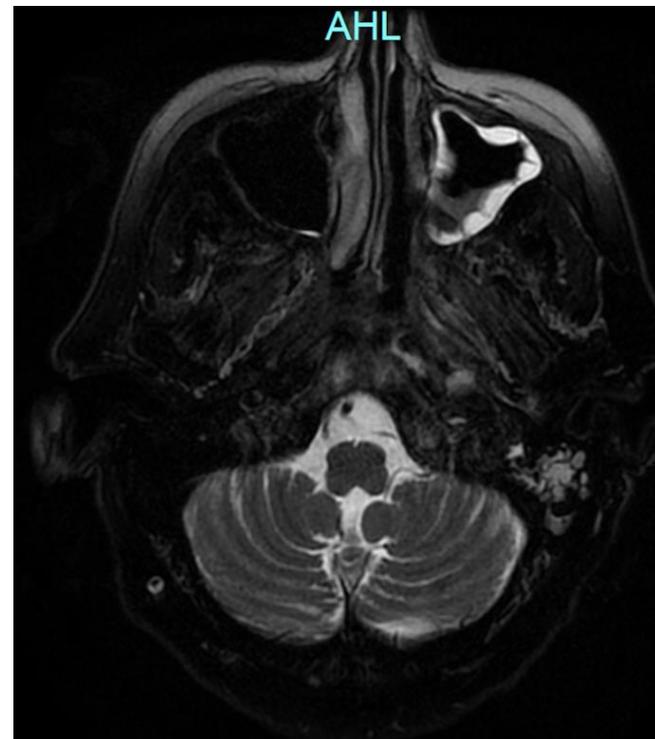
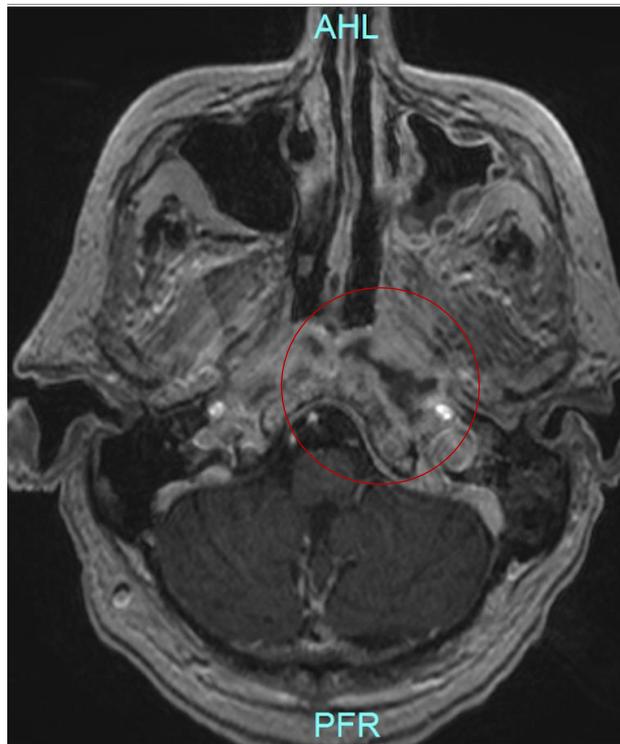


Control tras biopsia y
drenaje de absceso en
base de cráneo

(2 semanas después)

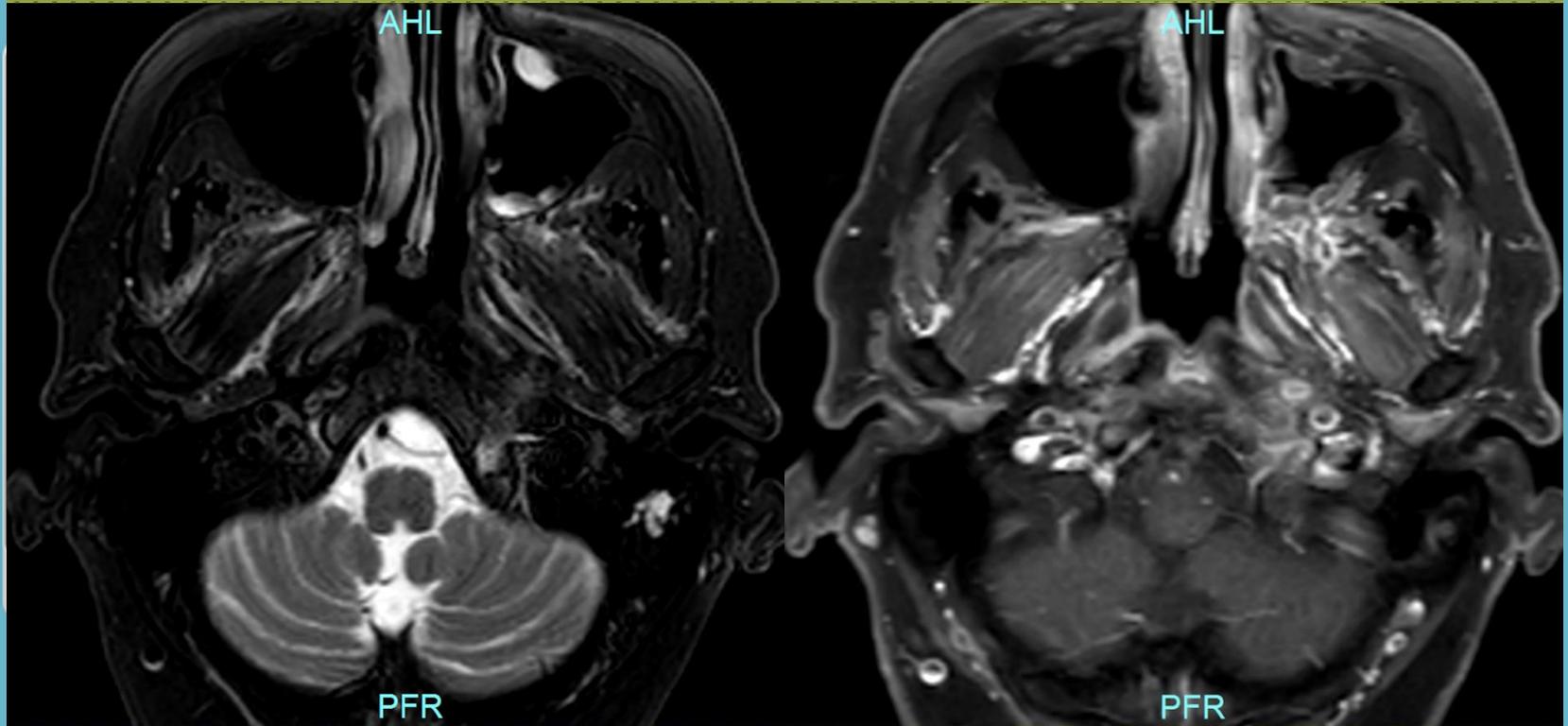


RM tras el segundo ingreso (2 meses)



6 meses después del primer ingreso

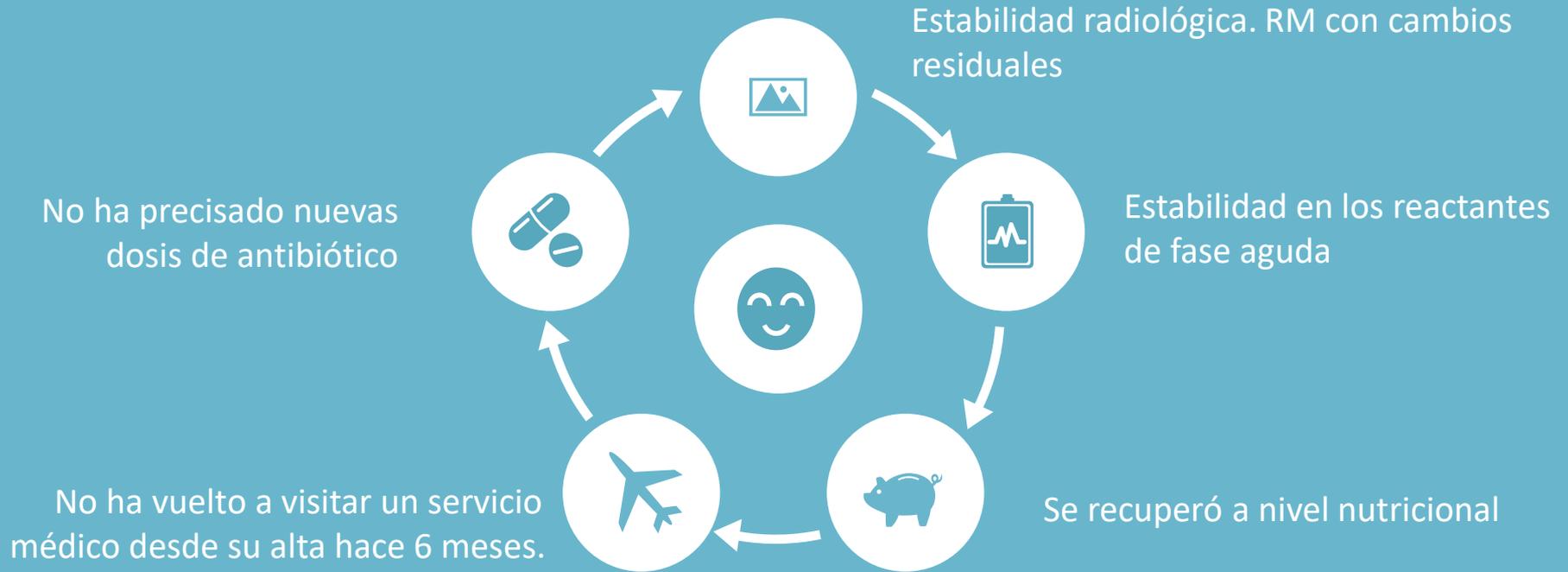
Mejoría radiológica



TC con mejoría
radiológica



En la actualidad...



Conclusión

Trabajo en equipo

Más de 7 servicios
intervinieron para la
resolución del caso



Importancia del dx diferencial



Enfermedades poco comunes



Manifestación de las
enfermedades en
ancianos



Seguir los protocolos



En especial al
Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía
de Cabeza y Cuello



Dr Alexander Scholz
Dr Francisco Adrián del Amo

Muchas gracias

*“El talento gana partidos pero el trabajo
en equipo gana campeonatos”*

Michael Jordan