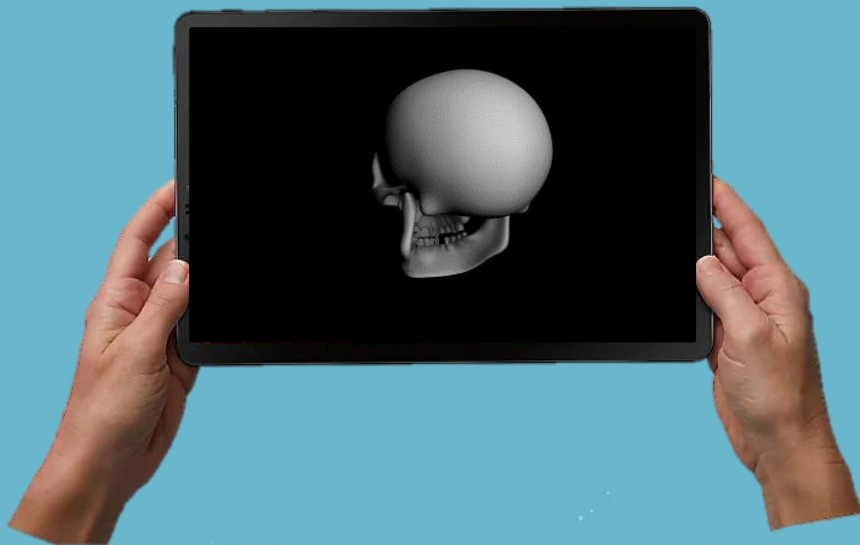




SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y  
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

# 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**



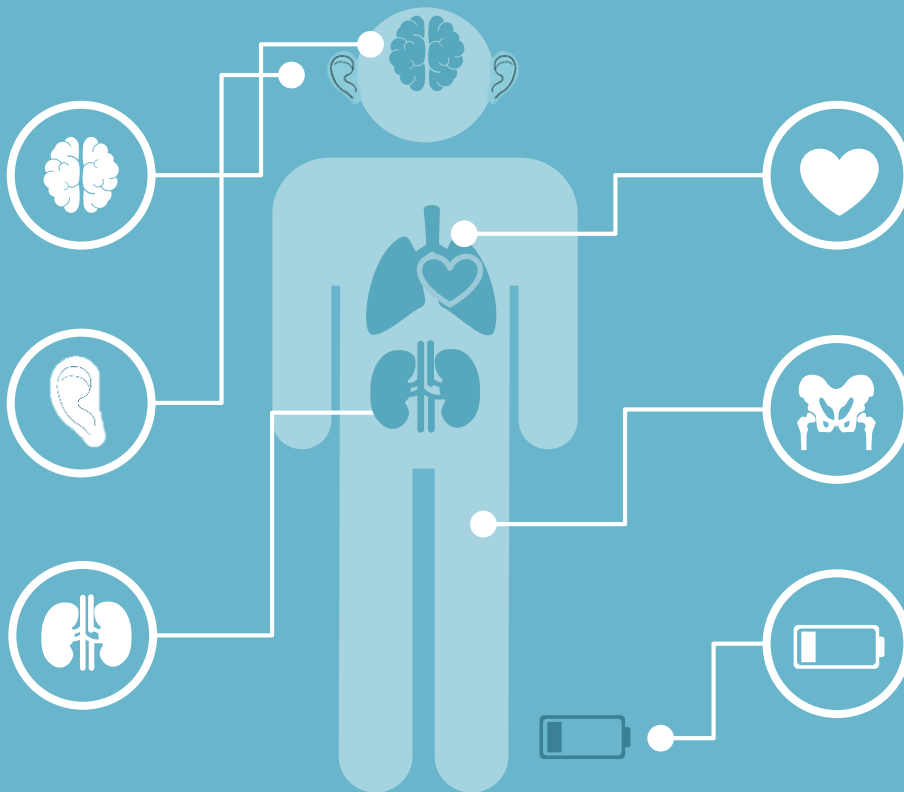
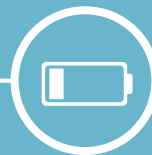
**Inestabilidad**  
Marcha con aumento de la  
base de sustentación



**ITU**  
Diagnosticada hace 10 días



**Astenia y Anorexia**  
Pérdida de 8 kg en 30 días

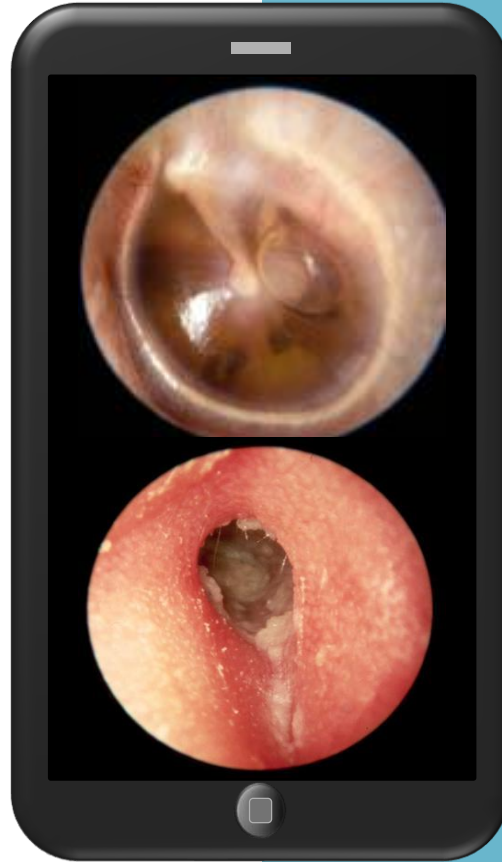


# Exploración

## Otalgia

### Otitis externa

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

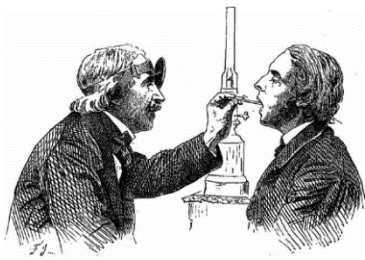


### Otitis Media Seromucosa

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



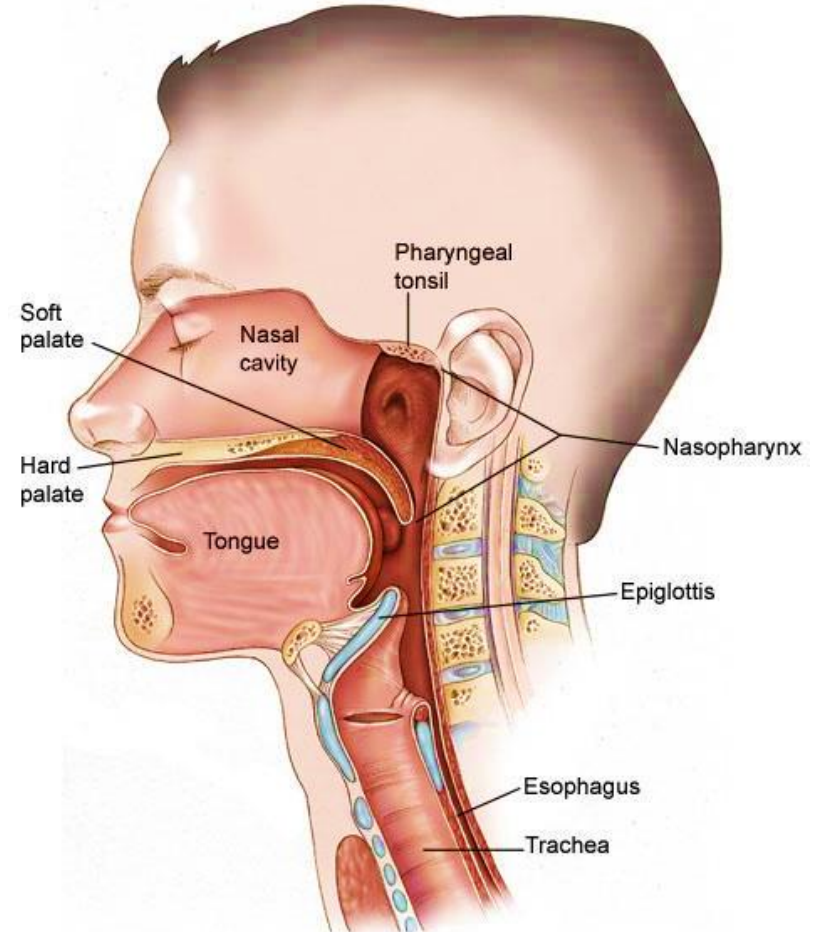
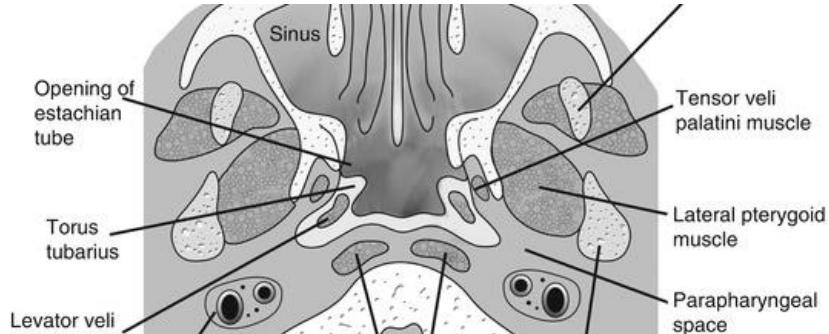
**Laringe**

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

<b>PCR 5,47 mg/dL</b>	<b>PCR &lt; 0,5</b>
<b>Lactato 2,6 mmol/L</b>	<b>0,5 – 2,0</b>

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

### AOU

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

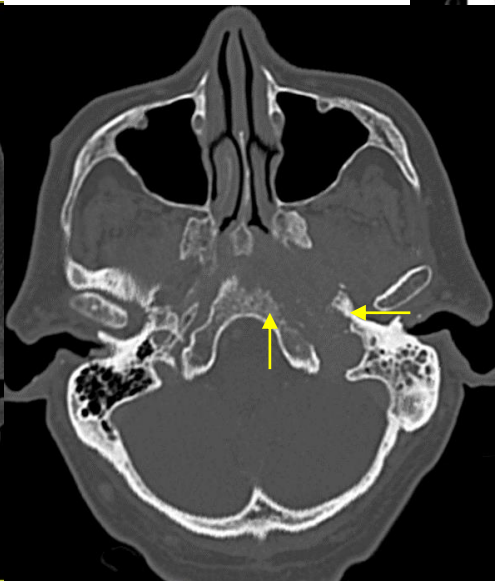
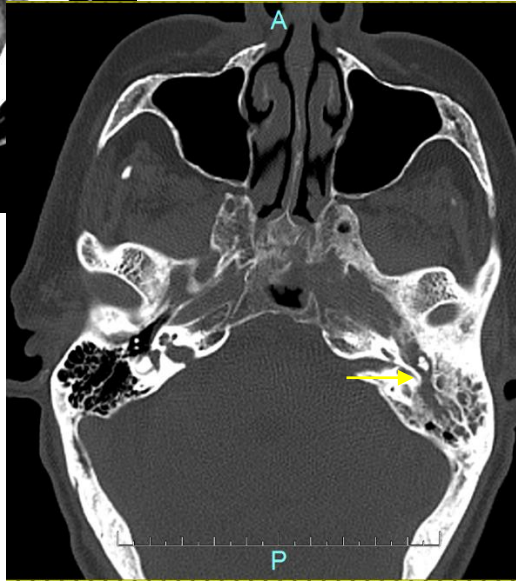
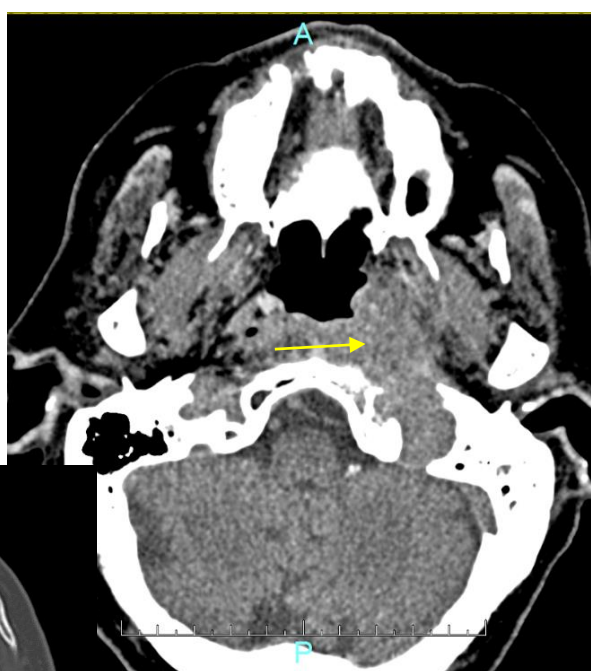
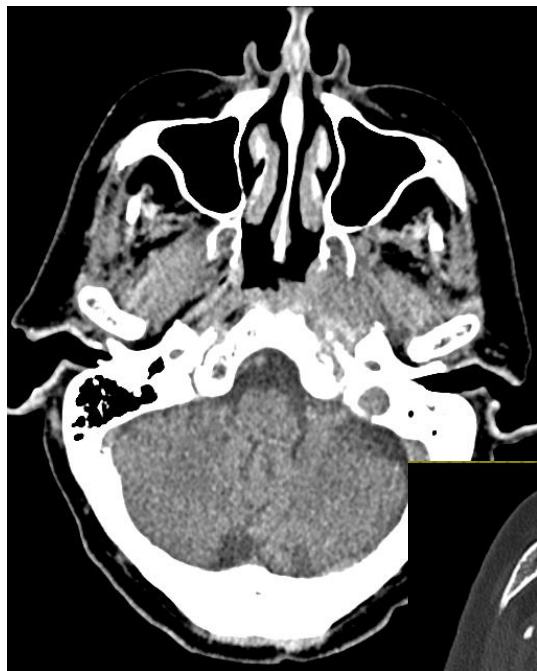


# Estudio Radiológico Urgente



*TC craneal sin contraste*

*TC craneal sin contraste*

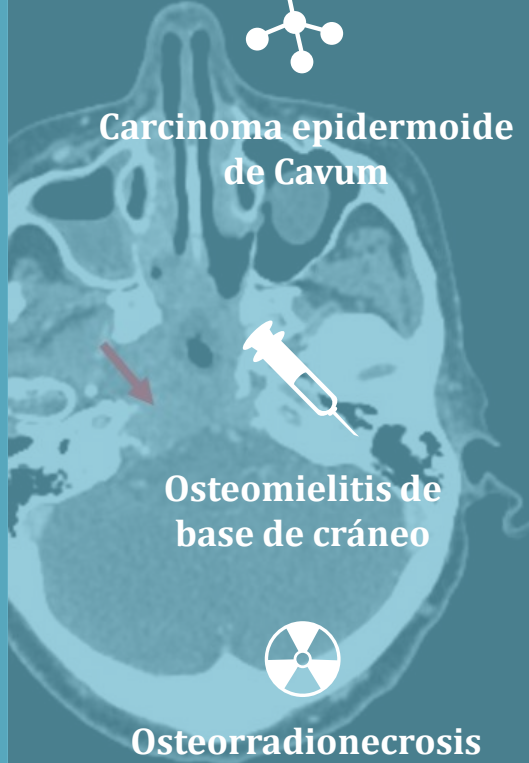


# Diagnóstico diferencial

¿Qué nos planteamos según los síntomas y exploraciones?



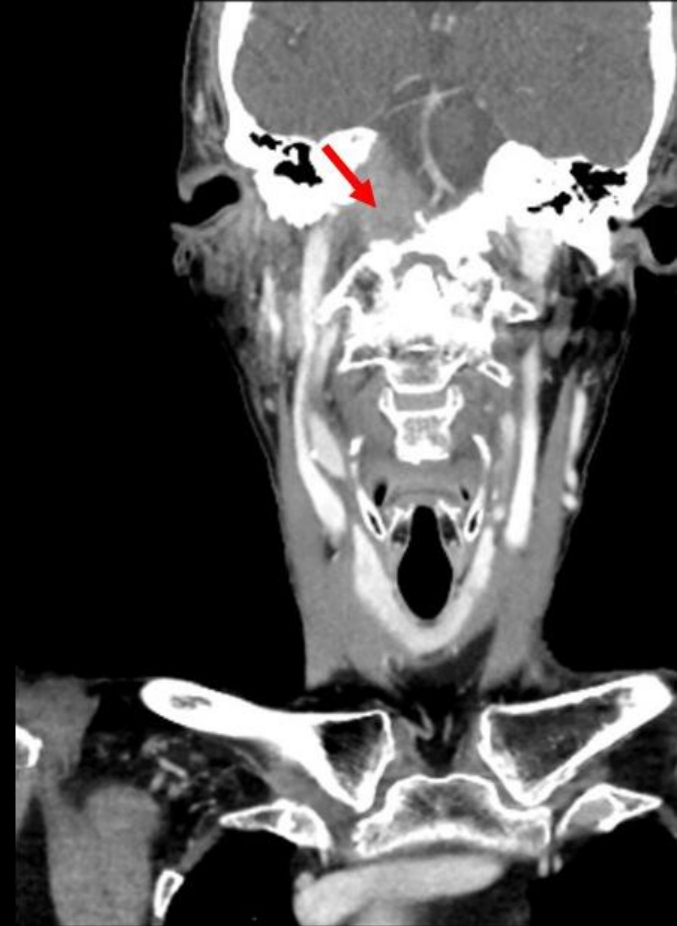
Carcinoma epidermoide de Cavum



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

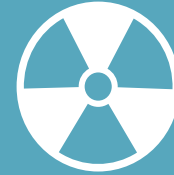
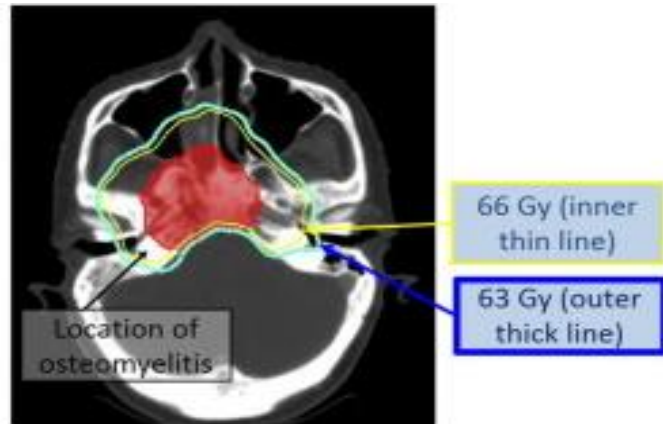
1. Otolgia intensa persistente
2. Otorrea purulenta
3. Inflamación de la piel del conducto auditivo externo
4. Tejido de granulación y zonas de necrosis cutánea, ósea (o ambas)
5. Microabscesos (cuando se realiza cirugía)
6. Gammagrafía ósea con Tc-99m positiva

## Criterios menores

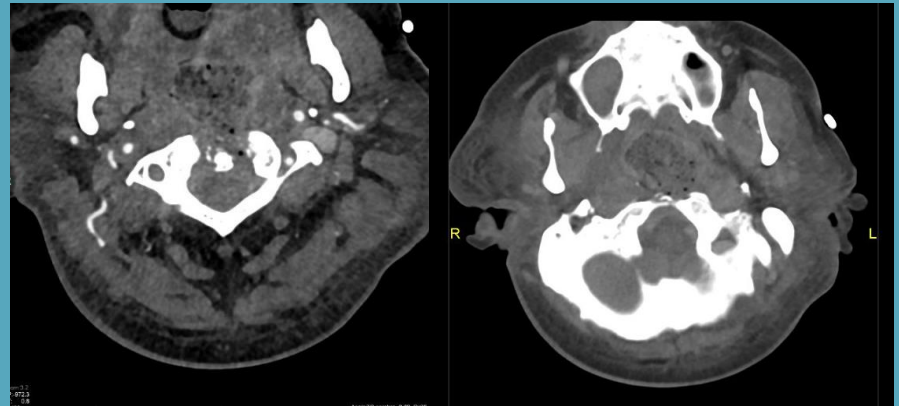
1. Aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*
2. Imagen radiológica de necrosis ósea u opacificación de cavidades neuromáticas
3. Paciente inmunocomprometido
4. Afección de pares craneales
5. Paciente senil

# Osteorradionecrosis de Base de Cráneo

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



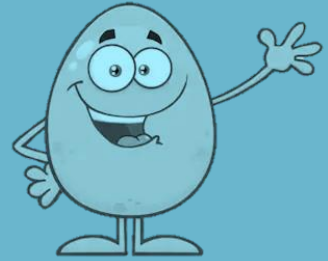
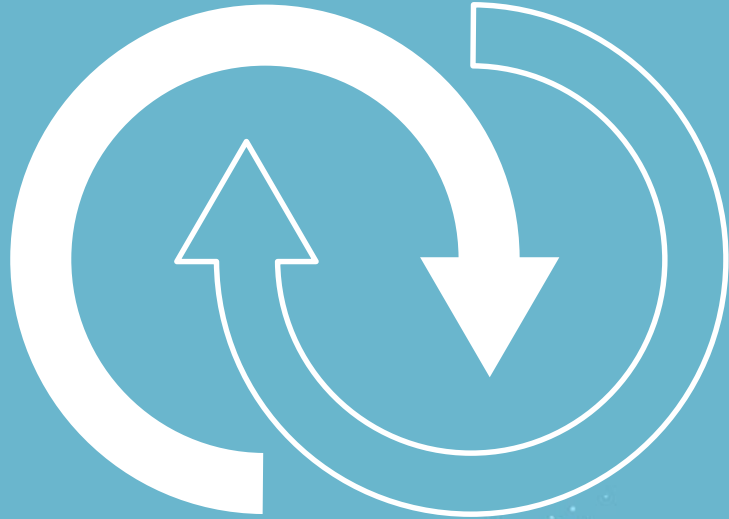
La osteorradionecrosis es potencialmente mortal y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cambios óseos nuevos o en desarrollo posteriores a la radioterapia.



# ¿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.



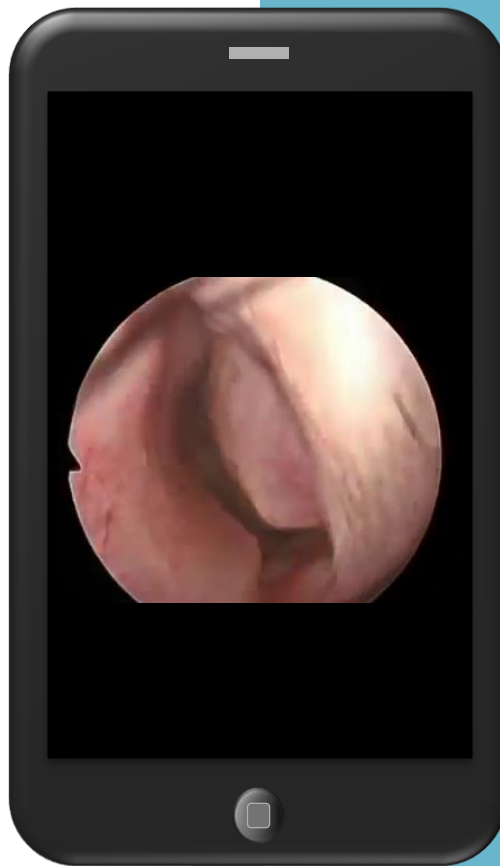
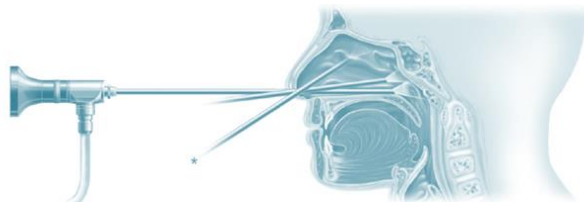
## Se cita en COCC

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 síncofes en 5 días. Se decide ingreso hospitalario.

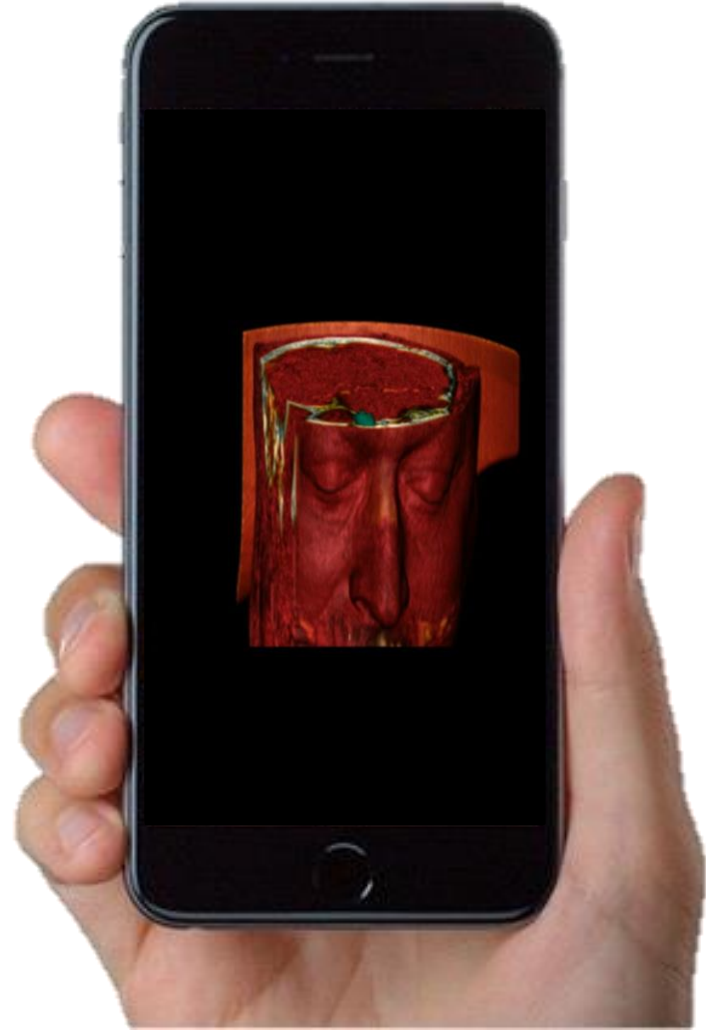
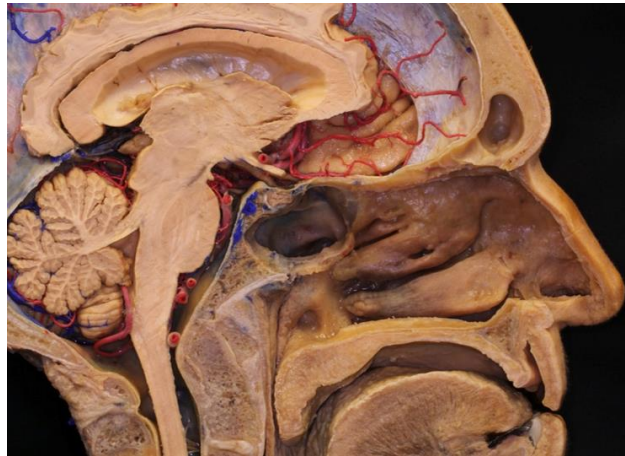
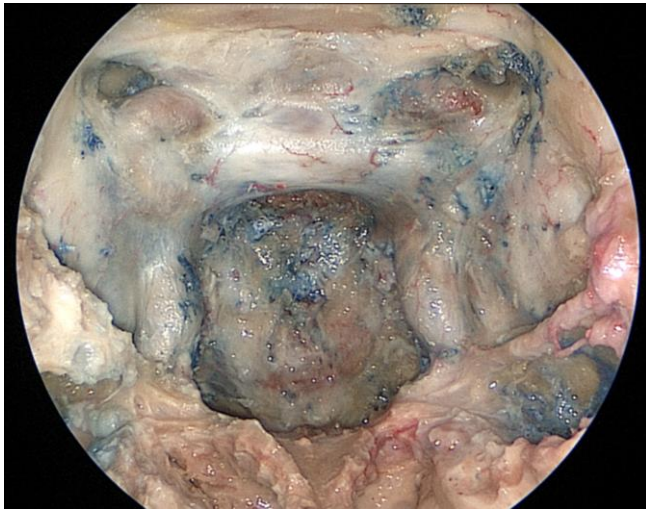


Se solicita preanestesia para biopsia bajo anestesia general.



*7 días más tarde...*

# Anatomía quirúrgica



# Se realiza biopsia bajo Anestesia general

## Fase quirúrgica



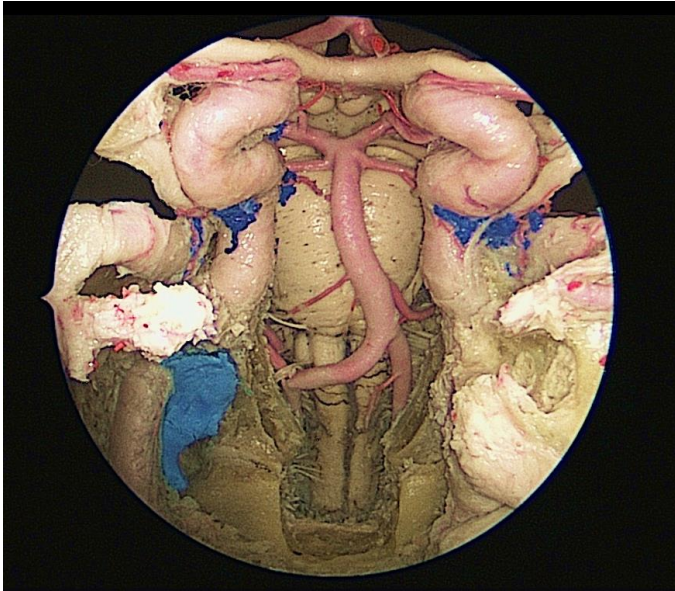
1. Exploración endoscópica normal
2. Esfenoidotomía amplia, se identifican las estructuras intraesfenoidales
3. Se toman muestras de la mucosa retrotubárica
4. Se sigue suelo de esfenoides hasta cavum donde se identifica cavidad de la que drena material purulento

“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 ciprofloxacin IV

18 días

Alta con tto VO con ciprofloxacin durante 4 semanas más

13 días

Deterioro del estado general e inestabilidad, sin fiebre

Ingreso  
UEI

Se inicia ceftazidima y ciprofloxacin 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

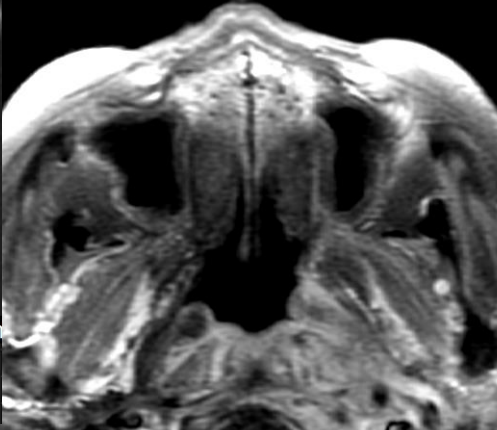
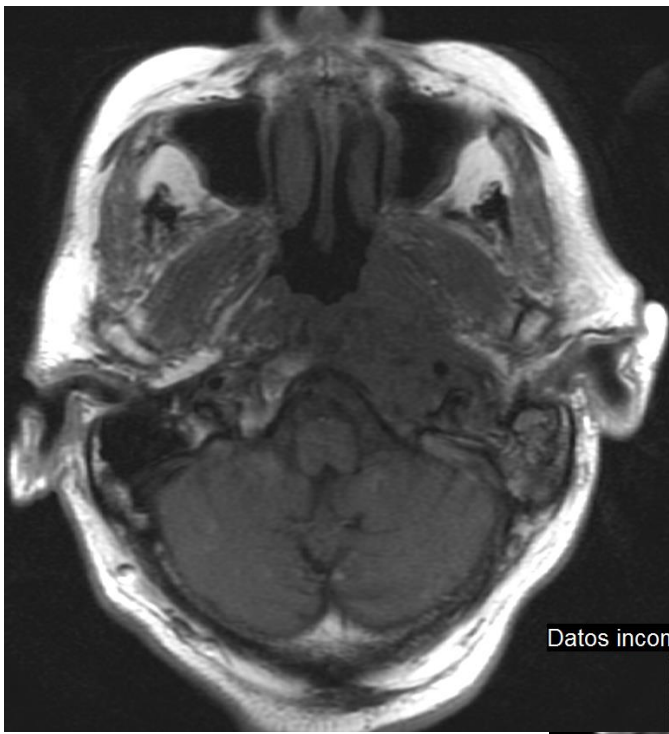
Ante mejoría radiológica  
mantenida y RFA normales  
se suspende ciprofloxacino

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

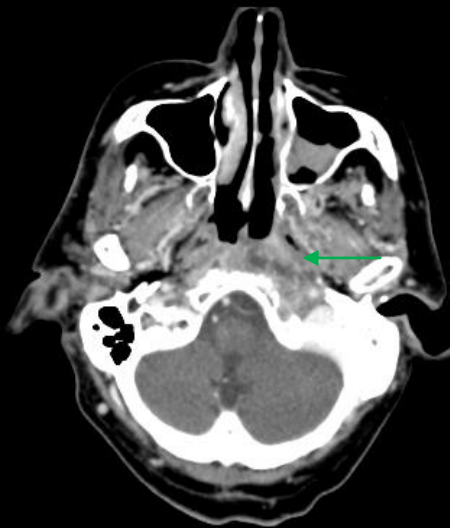
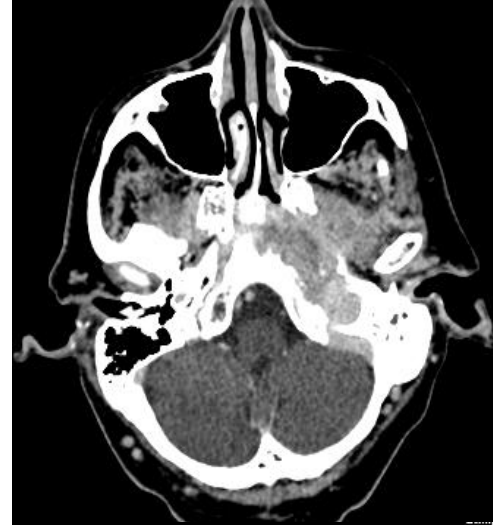


## TC de extensión con contraste



Control tras biopsia y  
drenaje de absceso en  
base de cráneo

(2 semanas después)



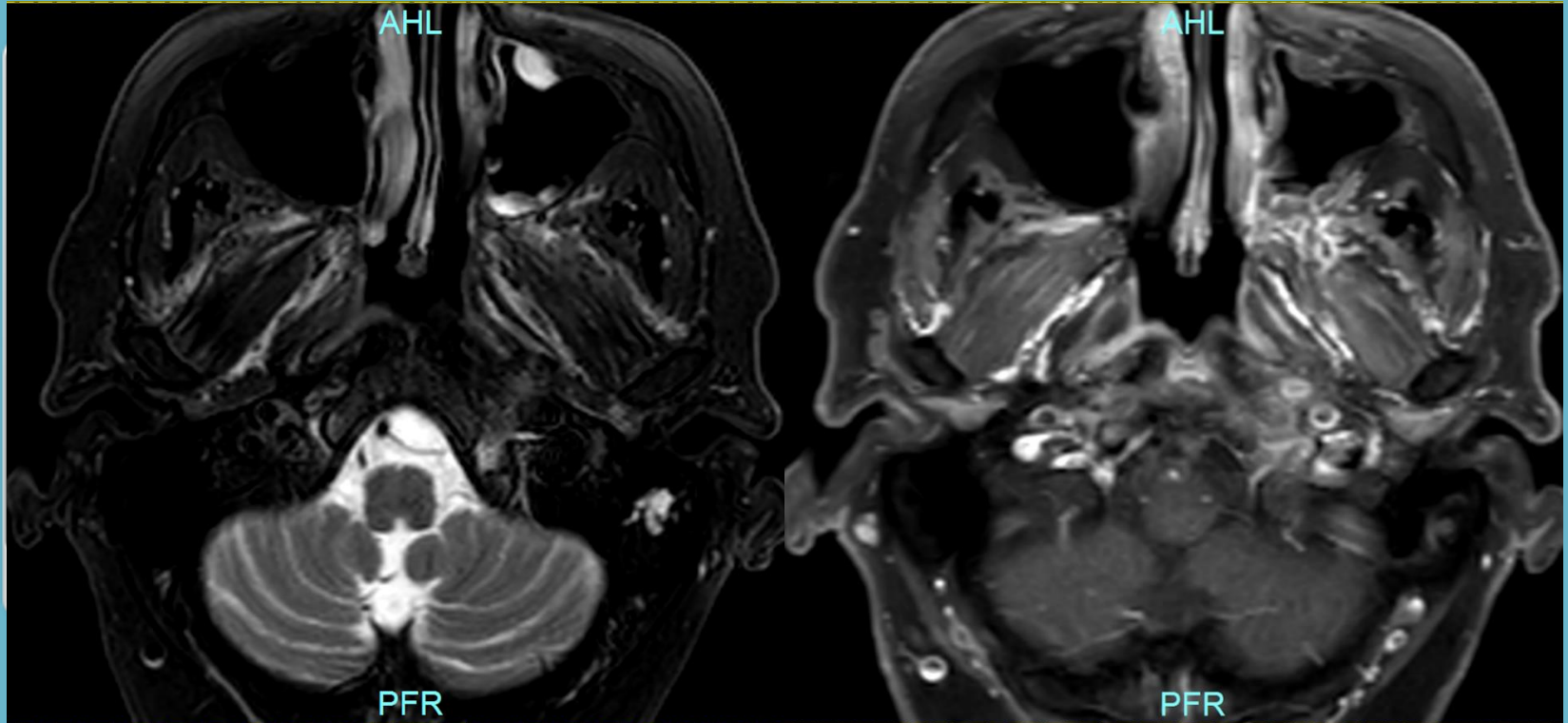


RM tras el segundo ingreso (2 meses)



*6 meses después del primer ingreso*

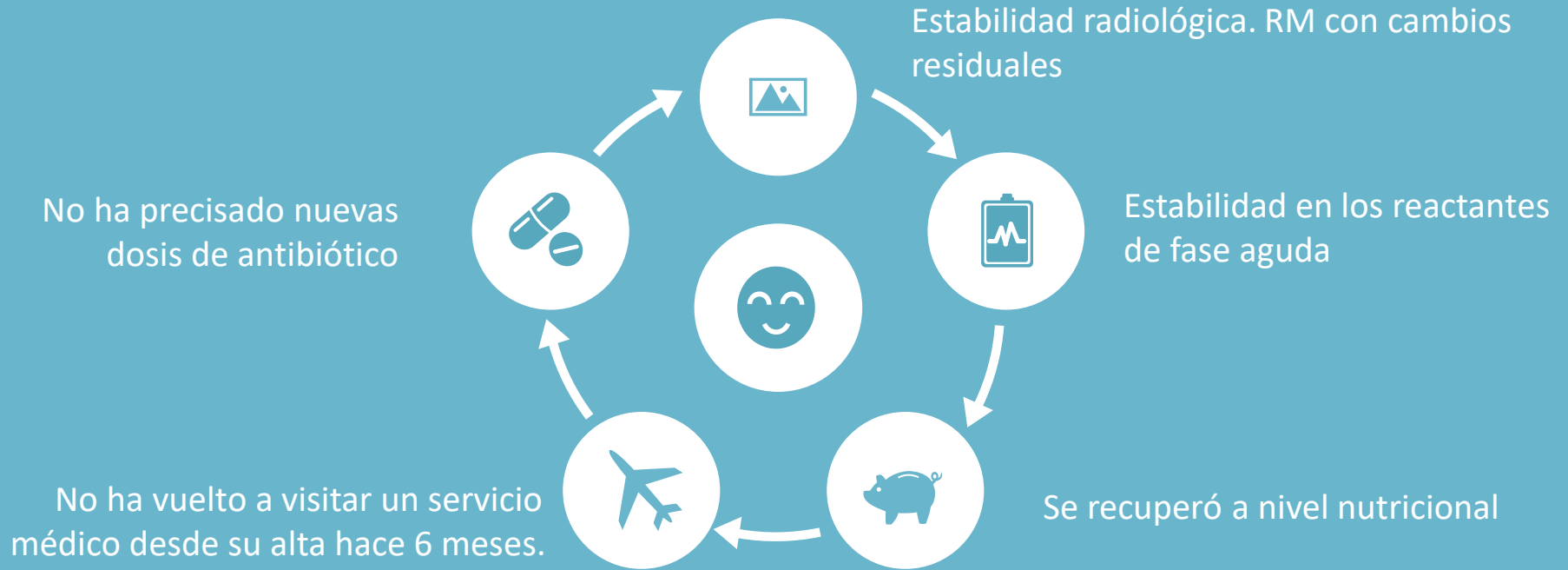
## Mejoría radiológica



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