

Mastoiditis

Beatriz Larrú Martínez

Fecha de publicación: 19-feb-2014
 Bibliografía revisada hasta: 19-oct-2013
 Guía-ABE_Mastoiditis (v.3/2014)

Cita sugerida: Larrú Martínez B. Mastoiditis (v.3/2014). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 19-oct-2013; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / datos clave

La mastoiditis es la infección de las celdillas mastoideas causada por la extensión de la inflamación de una **otitis media aguda** (OMA).

Es la complicación intratemporal secundaria a una **OMA** más frecuente y su incidencia parece haber aumentado en los últimos años (especialmente los casos relacionados con *Staphylococcus aureus*). Afecta principalmente a los lactantes de 6 a 24 meses con un predominio en varones (2:1).

Es un enfermedad grave que siempre debe sospecharse ante la presencia de celulitis en el área mastoidea con protrusión del pabellón auricular. Generalmente se acompaña de fiebre, cefalea y coexisten signos o síntomas de **OMA**¹. Tras la inflamación inicial de la mucosa de la apófisis mastoideas el cuadro puede progresar hacia una fase coalescente con destrucción de las celdillas osseas mastoideas con el riesgo de desarrollar abscesos subperiósticos o mastoiditis crónica.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: tras la revisión de la bibliografía no se han introducido cambios relevantes.

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes o raros
Mastoiditis aguda: fiebre, OMA y tumefacción retroauricular ^{2,3}	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Streptococcus pneumoniae</i>⁴ ▪ <i>Streptococcus pyogenes</i> ▪ <i>Staphylococcus aureus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Enterobacteriaceae</i> ▪ Anaerobios ▪ <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
Mastoiditis crónica: otorrea persistente de >3 semanas de duración, hipoacusia, generalmente ausencia de fiebre ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Staphylococcus aureus</i> ▪ <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ▪ Anaerobios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ▪ Micobacterias atípicas ▪ <i>Nocardia asteroides</i> ▪ <i>Histoplasma capsulatum</i>

Estudios complementarios (../..)	
Proceso	Estudios
Mastoiditis aguda no complicada inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemograma, PrCR, hemocultivo⁶ ▪ Gram y cultivo de aspirado ótico tras miringotomía⁷
Mastoiditis aguda inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto clínico grave ▪ Diagnóstico clínico dudoso
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TC

Estudios complementarios (../..)	
Proceso	Estudios
<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de complicación intracraneal 	<ul style="list-style-type: none"> RM (técnica de elección) TC
Mastoiditis aguda sin mejoría tras 24-48 h con tratamiento antibiótico empírico ⁸	<ul style="list-style-type: none"> TC o RM

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> En prácticamente todos los casos; es recomendable la antibioterapia intravenosa inicial y una evaluación ORL para descartar complicaciones En casos esporádicos es posible el tratamiento ambulatorio; niños con cuadro clínico inicial leve, sin afectación general, con buen acceso a atención médica y con posibilidad de cuidados domiciliarios continuados, pueden recibir un antibiótico oral (amoxicilina/ácido clavulánico) y ser revisados en 12-24 horas

Tratamiento antimicrobiano empírico (y otras medidas)			
Situación		Tratamiento de elección ⁹	Alternativas
Mastoiditis aguda no complicada ¹⁰	Paciente hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> Cef-3G, IV Miringotomía amplia (el drenaje del oído medio es fundamental) 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/ácido clavulánico IV más miringotomía amplia Clindamicina IV en pacientes alérgicos a penicilina Sospecha de MRSA: vancomicina IV
	Tratamiento inicial ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/ácido clavulánico, VO 	
Mastoiditis crónica		<ul style="list-style-type: none"> Si se sospecha <i>S. aureus</i>: cloxacilina IV Si se sospecha <i>Pseudomonas aeruginosa</i>: ceftazidima IV 	<ul style="list-style-type: none"> En infecciones severas con posible afectación del SNC o sospecha de MRSA: ceftazidima IV + vancomicina IV

Antibióticos parenterales/orales: duración del tratamiento	
Antibióticos parenterales / orales	<ul style="list-style-type: none"> Si tras 72 horas de tratamiento antibiótico parenteral inicial existe una evolución favorable, el niño está afebril y existe buena tolerancia oral, los antimicrobianos parenterales pueden sustituirse por sus equivalentes orales¹¹
Duración	<ul style="list-style-type: none"> Mastoiditis no complicada: tratamiento total 2-3 semanas Mastoiditis complicada: tratamiento total 3-4 semanas

Dosis recomendadas

- Amoxicilina/ácido clavulánico, IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis
- Amoxicilina/ácido clavulánico, VO: 80 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis (en formulación con relación amoxicilina/clavulánico de 8/1)
- Cefotaxima, IV: 100-150 mg/kg/día, en 3 dosis
- Ceftazidima, IV: 100-150 mg/kg/día, en 3 dosis
- Ceftriaxona, IV: 50 mg/kg/día, en 1 dosis
- Clindamicina, IV: 40 mg/kg/día, en 3 dosis
- Cloxacilina, IV: 50-100 mg/kg/día, en 4 dosis
- Vancomicina, IV: 40 mg/kg/día, en 4 dosis

Ver también "Antibióticos: dosis en lactantes y niños" en <http://www.guia-abe.es/generalidades-antibioticos--dosis-en-lactantes-y-ninos>

Referencias bibliográficas

- Anderson K, Adam H. Mastoiditis. *Pediatr Rev.* 2009;30:233-4.
- Kaplan SL, Mason EO. Pneumococcal mastoiditis in children. *Pediatrics.* 2000;106(4):695-9.
- Pang L, Barakete M, Havas T. Mastoiditis in a pediatric population: A review of 11 years of experience in management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2009;73:1520-4.

Abreviaturas: **CAE:** conducto auditivo externo. **Cef-3G:** cefalosporina de 3.^a generación. **IGRA:** *Interferon – gamma release assays*. **IV:** vía intravenosa. **MRSA:** *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. **OMA:** otitis media aguda. **PrCR:** proteína C reactiva. **RM:** resonancia magnética. **SNC:** sistema nervioso central. **TC:** tomografía computarizada. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

¹ En el 50% de los casos una mastoiditis puede ser la primera manifestación de una OMA.

² Considerar siempre una mastoiditis en una OMA que no responde a los antibióticos y en una enfermedad intracraneal supurativa sin foco aparente. El tratamiento previo con antibióticos puede enmascarar los síntomas y hacer que la membrana timpánica parezca normal.

³ Sospechar extensión intracraneal si existe: letargia, signos meníngeos, cefalea intensa, convulsiones, signos de focalidad neurológica, alteraciones visuales o mala evolución clínica a pesar del tratamiento antibiótico apropiado.

⁴ Continua siendo el microorganismo más frecuentemente aislado en casos de mastoiditis aguda. Hasta un 30% de neumococo serotipo 19A se asocian con resistencia a penicilina. El uso extenso de la vacuna neumocócica conjugada 13-valente es previsible que cambie la epidemiología.

⁵ La mastoiditis crónica generalmente es polimicrobiana. Si existen factores de riesgo de contacto con tuberculosis hacer una prueba de Mantoux o IGRA en niños >4 años.

⁶ El hemocultivo es generalmente negativo.

⁷ Si el tímpano está íntegro existe buena correlación entre el germen aislado y el germen responsable. No obstante, si existe supuración ótica descartar siempre una contaminación bacteriana del CAE.

⁸ Sospecha de trombosis vascular.

⁹ El tratamiento antibiótico debe escogerse según los patrones de resistencia local.

¹⁰ El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Valorar tratamiento quirúrgico inicial si: historia de supuración ótica crónica con inflamación postauricular o alteraciones óseas radiológicas, fluctuación moderada-grave postauricular, afectación del nervio facial, laberintitis, **meningitis**, absceso cerebral, trombosis del seno venoso, empiema, petrositis y persistencia de síntomas a pesar del tratamiento antibiótico adecuado.

¹¹ Tratamiento basado en los resultados de los cultivos obtenidos.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.



[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos
reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2014. ISSN: 2174-3568.