

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Parálisis facial periférica como complicación de otitis secretora de la infancia, a propósito de un caso

Peripheral facial paralysis as a complication of a secretory otitis in children, a case report

Diego H. Macías Rodríguez, Ángel Batuecas Caletrio, Rubén Martín Hernández, Cristina Cordero Civantos, Carmen Sánchez Blanco, Raquel Yáñez González

Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de ORL. Salamanca. España.

Contacto: didak133@hotmail.com

Recibido: 01/07/2012

Aceptado: 19/09/2012

Publicado: 03/10/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Macías-Rodríguez DH, Batuecas-Caletrio A, Martín-Hernández R, Cordero-Civantos C, Sánchez-Blanco C, Yáñez-González R. Parálisis facial periférica como complicación de otitis secretora de la infancia, a propósito de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3(24):209-214

Resumen

Existen en la literatura diferentes reportes acerca de las complicaciones de la Otitis Secretora (OS) de la infancia pero muy pocos referentes a Parálisis Facial Periférica. Describimos un caso de PFP derecha secundaria a OS ipsilateral en un niño de 2 años admitido en nuestro servicio, que recibió tratamiento médico y quirúrgico con colocación de drenaje transtimpánico y posterior resolución del proceso. Presentamos su sintomatología, hallazgos en el examen físico, pruebas complementarias, manejo, evolución y se realiza una revisión del tema.

Palabras clave: Parálisis facial periférica; otitis secretora; otitis media con efusión; infancia

Peripheral facial paralysis as a complication of a secretory otitis in children, a case report**Summary**

There are different reports in the literature about the complications of Secretary Otitis (SO) in childhood but few of them relating to peripheral facial paralysis (PFP). We describe a case of PFP secondary to an ipsilateral SO in a child under 2 years old admitted to our service. The patient was treated with medical treatment and surgical transtympanic tube placement with subsequent resolution of the process and favorable outcome. We report the symptoms, physical examination findings, laboratory tests, management and evolution, performing a literature review.

Keywords: Peripheral facial paralysis, secretory otitis media; otitis media with effusion; Childhood

Introducción

La otitis secretora (OS) también llamada otitis seromucosa u otitis media con efusión es una entidad con una elevada prevalencia en la población infantil que se sitúa entre 1.3% y el 61% en estudios a nivel mundial; y entre 6.45% y 18% en la zona del Mediterráneo[1].

Algunos autores consideran que todos los niños en algún momento de su vida habrán de padecerla, con un punto de máxima incidencia a los 6 años, atribuyéndolo a disfunción de la trompa de Eustaquio (alteraciones de la ventilación), inmadurez, reconocimiento y/o adaptación inmunológica a la flora que coloniza las mucosas respiratorias altas incluyendo el oído medio, entre otros factores[2]. Un estudio en EEUU estima que entre los 2 meses y 2 años el 91.1% de los niños estudiados han sufrido de al menos un episodio de OS[3].

Se han descrito numerosas complicaciones tempranas y tardías, como son la perforación timpánica, retracciones y/o atrofia timpánica, timpanosclerosis, otitis adhesiva, otitis colesteatomatosa y alteraciones del lenguaje secundaria a la hipoacusia de transmisión. La parálisis facial periférica (PFP) es también una complicación descrita de manera infrecuente pero que genera mucha ansiedad en los padres[4].

En cuanto a la PFP en la infancia, considerada de forma general, la incidencia varía de acuerdo a los diferentes estudios; se considera que es 2 a 4 veces menos frecuente en niños que en la población adulta[5].

La etiología puede ser congénita o adquirida: infecciosa, traumática, iatrogénica, neoplásica e idiopática. Estudios recientes confieren a la causa infecciosa el primer lugar siendo la otitis media aguda (OMA) la más representativa con alrededor de un 37%[6] de los casos de PFP en la infancia; otros autores afirman que la incidencia por esta causa es 10 veces menor en niños que en adultos a pesar de la alta frecuencia de OMA en la población infantil[7]. No hay suficientes estudios que relacionen la PFP como complicación de OS.

Presentación del caso

Paciente varón de 2 años que ingresa en el servicio de urgencias por cuadro consistente en parálisis facial periférica (PFP) derecha grado VI según la escala de House-Brackmann (HBS) [8]. Como antecedente destacable el niño había padecido OMA de repetición, último episodio 1 mes antes del cuadro actual, manejado por su pediatra. En días anteriores a la instauración del cuadro de PFP presentó síntomas de infección de vías aéreas superiores con rinorrea, otodinia derecha, fiebre cuantificada 38°C y a la otoscopia se evidenció membrana timpánica íntegra y a tras luz derrame de aspecto seroso. Fue manejado por su Pediatra de zona con Amoxicilina sin respuesta clínica. Ya en urgencias, se realizó analítica básica mostrando como hallazgos importantes linfocitosis, que orientaba a etiología vírica, las pruebas audiométricas revelaban Hipoacusia de transmisión leve OD y curvas de timpanometría tipo B. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TC) de peñasco en el que se objetivó ocupación de la caja timpánica y celdillas mastoideas sin destrucción del hueso ni colección subperióstica (figura 1).

Nuestro paciente es ingresado para tratamiento antibiótico endovenoso con Cefotaxima (150 mg/kg/día), Urbasón (1 mg/kg/día), Ranitidina (1.5 mg/kg/día) y Dexametasona + Polimixina b + Trimetoprima en gotas óticas (2 gotas/12h). Es intervenido quirúrgicamente realizando miringotomía más colocación de DTT (drenaje trans-timpánico) tipo bobina de reuter en OD y se aspira líquido de aspecto seroso de caja timpánica; el paciente presenta una evolución favorable con recuperación de la motilidad facial evidenciando grado II – III según escala de HBS al alta 5 días después y remisión total a los 4 meses.

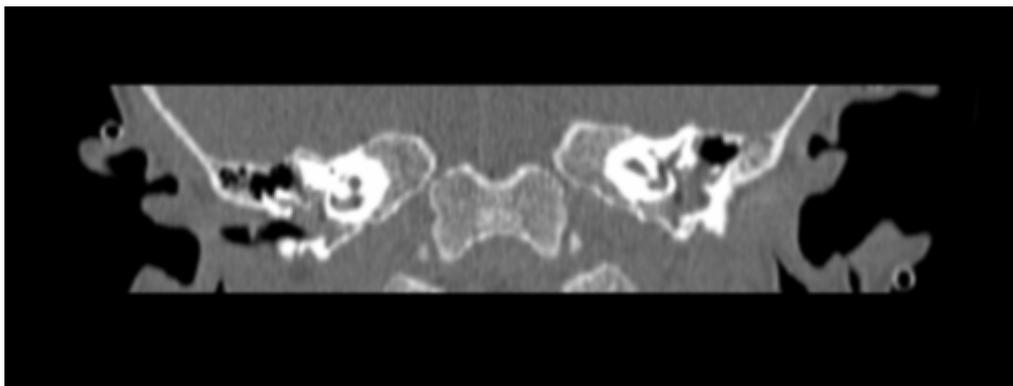


Figura 1 Ocupación meso e hipotimpánica bilateral sin signos de erosión ósea

Discusión

La OS en la infancia puede ser considerada un problema de salud pública dada la elevada prevalencia, costo sanitario y absentismo escolar. De entre los síntomas, es la hipoacusia el principal motivo de consulta que de acuerdo al momento de aparición, puede complicar el normal desarrollo neurolingüístico ya que es causa de más del 50% de las sorderas de transmisión en los niños[9]; sin embargo, es quizás la PFP la complicación que genere mayor ansiedad en los padres debido a lo evidente del cuadro clínico a pesar de tener una evolución favorable con tratamiento adecuado y oportuno en la mayoría de los casos. En los casos de PFP secundaria a OMA se encuentran tasas de recuperación de alrededor del 90% al cabo de 1 año de seguimiento[10].

Han de tenerse en cuenta factores anatómicos en la fisiopatología de la PFP. En su recorrido el nervio ocupa aproximadamente un 25-50%[5] del diámetro del canal de Falopio en el hueso temporal lo que quizás le confiera mayor susceptibilidad a lesionarse con procesos inflamatorios por compresión, difusión de factores y células inflamatorias, detritus, etc; sumado a la inmadurez en la osificación del hueso temporal en los niños. Al nacer, la cápsula ótica esta dentro del peñasco, la apófisis mastoides aún no se ha formado y el hueso temporal ocupa una posición inferolateral en el cráneo. Durante el segundo año de vida la apófisis mastoides empieza a formarse proyectándose inferiormente con respecto a los componentes escamoso y peñasco; la neumatización se limita al antro mastoideo al nacer, pero al contacto con el aire se estimula la neumatización proceso que se lleva a cabo a lo largo de la niñez hasta la adolescencia[11].

Nuestro paciente tiene como antecedente importante OMAs previas. Estas afecciones repetitivas pueden actuar como factor facilitador en la aparición de PFP; sin embargo, no hay estudios suficientes que demuestren esta asociación. Además diversos estudios confirman la presencia de gérmenes en el derrame de la OS. [12,13]

Por último, la respuesta clínica objetivada según la escala HB fue favorable con disminución importante de la parálisis (HB II-III) posterior a la colocación del DTT y manejo médico con recuperación total a los 4 meses; en casos similares se documentó remisión clínica a los pocos meses siguientes[4,14,15]. El DTT en los casos de OS complicada es, según la evidencia[2], el tratamiento a considerar. Se ha encontrado beneficio en los primeros 6 meses tras su colocación en pacientes con alteración auditiva refractaria a manejo médico; pero no hay estudios específicos en la utilización de DTT en PFP debido a lo infrecuente de esta complicación.

Bibliografía

1. Kiris M, Muderris T, Kara T, Bercin S, Cankaya H, Sevil E. Prevalence and risk factors de otitis media with effusion in school children in Eastern Anatolia, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2012 Jul;76(7):1030-5.
2. Williamson I. Otitis media with effusion in children. *Clin Evid (Online)*. 2007 Aug 1;2007. pii: 0502.
3. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Kurs-Lasky M, Janosky JE. Otitis media in 2253 Pittsburgh area infants: Prevalence and risk factor during the first two years of life. *Pediatrics* 1997; 99:318-333
4. Vayisoglu Y, Gorur K, Ozcan C, Korlu S. Unusual Complication of Otitis Media With Effusion: Facial Nerve Paralysis. *J Craniofac Surg.* 2011 Jul;22(4):1525-7.
5. Shargorodsky J, Lin HW, Gopen Q. Facial Nerve Palsy in the Pediatric Population. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010 May;49(5):411-7.
6. Evans AK, Licameli G, Brietzke S, Whittemore K, Kenna M. Facial Nerve Paralysis: Patients, management and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Nov;69(11):1521-8
7. Redaelli de Zinis LO, Gamba P, Balzanelli C. Acute Otitis Media and Facial Nerve Paralysis in Adults. *Otol Neurotol.* 2003 Jan;24(1):113-7.
8. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985 Apr;93(2):146-7
9. Makeham TP, Croxson GR, Coulson S. Infective Causes of Facial Nerve Paralysis. *Otol Neurotol.* 2007 Jan;28(1):100-3
10. Makeham TP, Croxson GR, Coulson S. Infective causes of facial nerve paralysis. *Otol Neurotol.* 2007 Jan;28(1):100-3
11. Gruber DP, Brockmeyer D. Pediatric Skull Base Surgery: 1. Embryology and Developmental Anatomy. *Pediatr Neurosurg* 2003;38:2-8
12. Khoramrooz SS, Mirsalehian A, Emaneini M, Jabalameli F, Aligholi M, Saedi B, Bazargani A, et al. Frecuency of *Alloicoccus otitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella Catarhalis*, *Haemophilus Influenzae* in Childrens with Otitis Media with effusion (OME) in Iranian patients. *Auris Nasus Larynx.* 2012 Aug;39(4):369-73
13. De Miguel Martínez I, Ramos Macías A, Masgoret Palau E. Bacterial implication in otitis media with effusion in the childhood. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007 Nov;58(9):408-12

14. Pino Rivero V, Marcos García M, Trinidad Ruiz G, Keituqwa Yáñez T, Rejas Ugena E, Blasco Huelva A. Facial palsy caused by otitis media with effusion in a 9-year old child. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2004;31(6):565-70.
15. Premachandra DJ, Radcliffe G. Bilateral facial nerve palsy following secretory otitis media. *J Laryngol Otol.* 1989 Jul;103(7):685



T