



242/401 - PNEUMOENCÉFALO COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE OMA

C. Burgulla Orellana^a, O. Ryhaylo Ryhaylo^b, R. Valles Sierra^c y A. Morillo Vélez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Santa María de Montbui. Igualada. Barcelona.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Igualada Urbà. Barcelona. ^cMédico de Familia. EAP Santa María de Montbui. Igualada. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años, con HTA, acude a MAP por otalgia sin otorrea de 48h, inicia tratamiento ATB tópico, dos días después, presenta náuseas, vómitos e inestabilidad cefálica, sin fiebre. Reconsulta con MAP, tratado como probable Síndrome vertiginoso, presenta t^a 37,5 °C y leve somnolencia. Es derivada a urgencias hospitalarias. Examen físico en urgencias: destaca t^a 37,5 °C; Neurológico tendencia a la somnolencia, afásica, leve rigidez de nuca, Glasgow 13. Se inicia tratamiento antibiótico ante sospecha de sepsis de origen ótico. TAC craneal: pneumoencéfalo en ángulo pontocerebeloso adyacente a mastoides izquierda. Ingresa en UCI para tratamiento y control evolutivo. Evoluciona a parálisis facial periférica derecha, en 48h presenta mejoría clínica con Glasgow 15.

Exploración y pruebas complementarias: NC, NH, febrícula 37,5 °C; TA 140/79 mmHg; FC 87 lpm; SatO₂ 96%; AR: MVC; ACV: RCR no soplos, no IY, no edemas. Examen neurológico vigil, somnolienta, PICNR, afásica, no claudicación de MMSS, reflejos conservados, leve rigidez de nuca, Glasgow 13. ORL: otoscopia, tapón de cerumen OI, con extracción posterior, MT abombada congestiva sugestiva de otitis MEDIA AGUDA (OMA). Laboratorio: hemograma: leucocitosis: 24.480; neutrófilos 90%, linfocitos 2,8%; plaquetas 291.000; TQuick 82%, TTPA 29,5; glucosa 174; Na 134; K 2,8, creatinina 0,7; PCR 244. PCT: 2,39. Hemocultivos y LCR con identificación de neumococo; Rx tórax normal. TAC craneal urgencias pneumoencéfalo en ángulo pontocerebeloso izquierdo.

Juicio clínico: Los síntomas más frecuentes del pneumoencéfalo son la cefalea, náuseas, vómitos, vértigo, desorientación, letargia y convulsiones. TAC craneal: diagnóstico de certeza. Tratamiento es conservador, se reabsorben en 5-7 días, normalizándose el TAC.

Diagnóstico diferencial: Neumoencéfalo traumático, fistulas de LCR o meningitis bacterianas.

Comentario final: La OMA, puede tener complicaciones graves, por extensión directa del proceso inflamatorio e infeccioso. Estas pueden ser intratemporales e intracraneales. Una historia clínica sencilla, con exploración general y neurológica, son herramientas diagnósticas de utilidad para el médico de atención primaria.

Bibliografía

1. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131:e964.
2. <https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-complications/abstract/4>
3. CDC. Get smart: Know when antibiotics work. Otitis media: Physician information sheet (pediatrics)
<http://www.cdc.gov/getsmart/campaign-materials/info-sheets/child-otitismedia.html>

Palabras clave: Otagia. Cefalea. Neumoencéfalo.