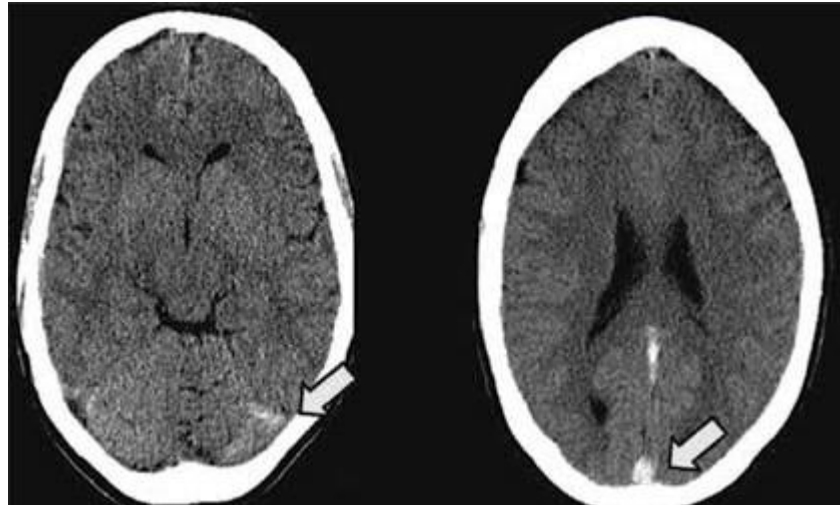


De una otitis media a una trombosis cerebral



Rafael Usero (Rotatorio Pediatría)

Tutor: Dr. Pedro Alcalá (Pediatría Interna Hospitalaria)

Servicio de Pediatría, HGUA

Cronología

Día 0

Niño 2a acude a urgencias de Elche por cuadro catarral + fiebre + otalgia izq



Sospecha de OMA izq → amoxicilina-clav VO + tto tópico

Día 2-3

Persistencia fiebre/otalgia pese a tto + aparición de lateralización cervical izq



Ingreso en Elche

Evolución y traslado

Sospecha de absceso retrofaríngeo → traslado a HGUA para RM

Evaluación diagnóstica

EF:

- Clínica otológica con lateralización cervical izq
- Otoscopia con hiperemia y abombamiento de la membrana timpánica.
 - No tumefacción retroauricular ni signos neurológicos focales.



AS:

PCR: 8,35 mg/dL
Procalcitonina: 4,4 ng/mL
Leucocitosis con desviación izquierda

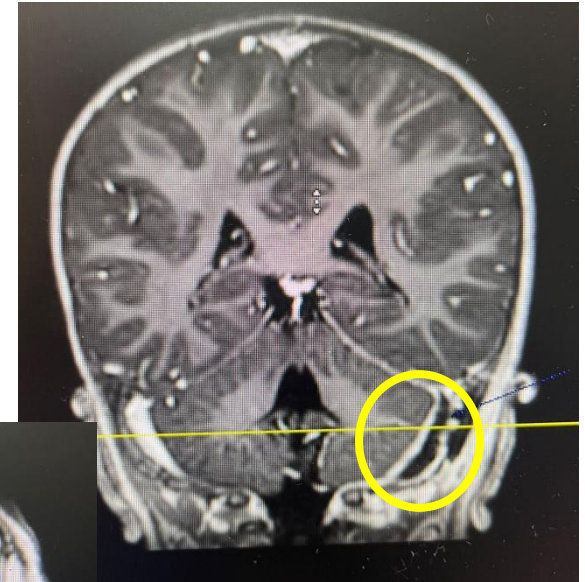
Microbiología:

- Cultivo de exudado ótico negativo
- Hemocultivos negativos

Pruebas de imagen

TC y RM:

- Afectación erosiva mastoidea con extensión retromastoidea y pequeñas colecciones
- Trombosis del seno lateral



Actitud terapéutica

<u>SITUACIÓN</u>	<u>TRATAMIENTO</u>	<u>JUSTIFICACIÓN</u>
OMA inicial	Amox-clav VO	OMA no comp → amox dosis altas
Sospecha de mastoiditis	Piper-tazo + linezolid IV	Cobertura amplia por infección otógena grave
Tratamiento de larga duración	Inserción de midline	Acceso vascular más estable y reducir las punciones repetidas
Control del foco	Miringotomía + drenaje transtimpánico	Evacuación de pus del oído medio y control local de la infección
Trombosis venosa	Enoxaparina → tinzaparina	Permite pasar de 2 a 1 inyección/día, ajustando la dosis mediante anti-Xa

Discusión

¿Es realmente una OMA?

OMA confirmada: Inicio agudo
+ síntomas compatibles,
otoscopia compatible, otorrea
aguda no explicada por otitis
externa

OMA probable: Clínica
sugestiva, pero falta certeza
clínica u otoscópica

*Tímpano rojo ≠ OMA
Eritema aislado poco específico*

¿Antibiótico o *wait and see*?

OMA → ¿Grave / bilateral /
diagnóstico confirmado en
niño pequeño?

SÍ → AB

NO → Observación 48-72h

*Analgesia, seguimiento
asegurado e iniciar AB si empeora
o no mejora.*

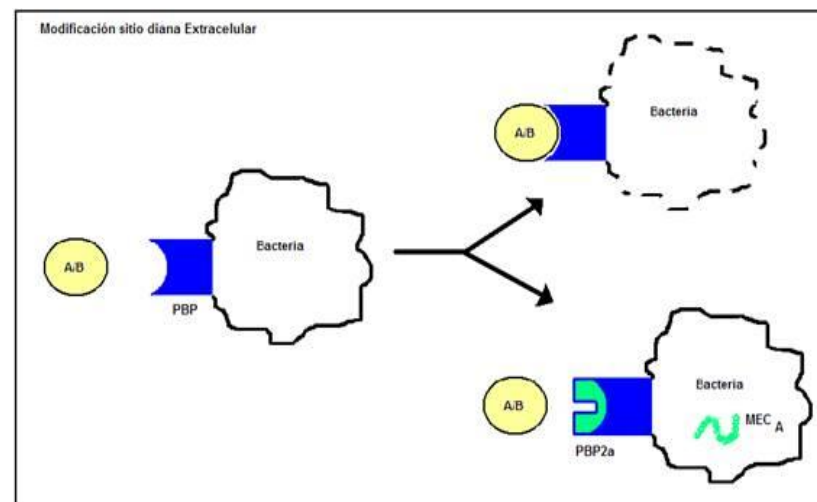
*La decisión depende de la edad +
gravedad + bilateralidad + certeza
diagnóstica.*

Discusión

LA DOSIS IMPORTA Amoxicilina 80-90 mg/kg/día

Amoxi a dosis altas mejora la exposición frente a *S. pneumoniae*

+ clavulánico → añade cobertura frente a bacterias productoras de beta-lactamasa (*H. influenzae*, *M. catarrhalis*)



Discusión

¿Cuándo sospechar una complicación?

OMA que no mejora/empeora en 48-72h

Signos mastoideos: Dolor/tumefacción retroauricular, eritema, desplazamiento del pabellón

Signos cervicales: Dolor cervical, tortícolis / lateralización, rigidez o limitación

Signos neurológicos: Cefalea / vómitos, somnolencia, pares craneales / convulsiones

¿Cuándo hacer imagen?

Mastoiditis no complicada →
dx clínico

Sospecha de complicación →
TC ± RM/RM venosa

¿Cómo tratarla?

Control del foco infeccioso →
Antibioterapia IV + drenaje del
oído medio ± mastoidectomía si
mala evolución

Control de la trombosis →
Anticoagulación

CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN

Bibliografía

1. Cruz Cañete M, López Martín D. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. En: Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Infectología Pediátrica. Madrid: AEP; 2023. p. 97-110
2. Carter L, Callon W. Mastoiditis. Pediatr Rev. 2024; 45: 540-542
3. Dejhalla E, Ahel Ledić E, Žauhar P. Beyond otitis media: when mastoiditis leads to life-threatening complications in children. Case Rep Pediatr. 2026; Volume 2026: 1-4
4. Monagle P, Azzam M, Bercovitz R, Betensky M, Bhat R, Biss T, et al. American Society of Hematology/International Society on Thrombosis and Haemostasis 2024 updated guidelines for treatment of venous thromboembolism in pediatric patients. Blood Adv. 2025; 9: 2587-2636