

Otomastoidită acută atipică – caz clinic

Acute acute otomastoidy – clinical case

Dr. Adina ZAMFIR-CHIRU-ANTON¹, Conf. Dr. Alexandru ULICI¹, Dr. Adina Elena STANCIU³,
Conf. Dr. Dan Cristian GHEORGHE²

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, București

³Institutul Oncologic „Prof. Dr. A. Trestioreanu”, București

REZUMAT

Autorii prezintă un caz de otomastoidită acută debutată prin complicații: paralizie facială periferică și simptomatologie dominantă de un flegmon parafaringian cu manifestări zgomotoase (disfagie, odinofagie, trismus, voce amigdaliană, adenită subangulomandibulară). În condițiile unei patologii multiple concomitente, diagnosticul diferențial poate fi dificil și da naștere la confuzii.

Cuvinte cheie: otomastoidită acută, paralizie facială periferică, flegmon parafaringian

ABSTRACT

The authors present a case with acute coalescent mastoiditis, complicated with facial nerve paralysis and masquerading as parapharyngeal abscess (with dysphagia, sore throat, trismus, submandibular adenitis). In multiple disease environment, differential diagnosis can prove difficult and generate therapeutic confusions.

Keywords: acute mastoiditis, facial nerve paralysis, parapharyngeal abscess

Otomastoiditele acute sunt supurații cu punct de plecare la nivelul urechii medii extinse la cavitățile din osul temporal (1). Se pot exterioriza printr-un abces subperiostal retroauricular (cel mai frecvent) ori infecția poate fuza în regiunea jugodigastrică (Mouret) sau doar spre pânțelele anterior al digastricului (pseudoBezold). Un alt mod de exteriorizare al infecției este descris în raport cu traiectul mușchiului sternocleidomastoidian, determinând o colecție latero-cervicală (Bezold).

Otomastoidita cu exteriorizare temporo-zigomatică este întâlnită la copil, unde infecția se extinde rapid în condițiile unei mastoide diploice cu celule mari și a unei vascularizații bine reprezentate.

Manifestările neurologice în contextul întesării meningelui sau a creierului (abces cerebral, tromboză de sinus lateral) au fost descrise, de asemenea, în otomastoiditele acute (2).

Prezentare de caz

Un copil în vârstă de nouă ani se prezintă la camera de gardă pentru febră, cefalee, otalgie, hipoacuzie, trismus, disfagie, odinofagie, voce amigdaliană, paralizie facială periferică stângă și tumefacție subangulomandibulară stângă ușor sensibilă la palpare. Simptomatologia a debutat de aproximativ 3-4 zile și nu s-a ameliorat sub tratamentul ambulator administrat (eritromicină și ibuprofen).

Adresă de corespondență:

Dr. Adina Zamfir-Chiru-Anton, Str. Serdarului nr. 9 Bl. 46B, Ap. 1, sector 1, București
E-mail: zamfiradina@yahoo.com

Examenul clinic ORL a evidențiat:

- la inspecție: trismus, paloare, facies suferind;
- la rinoscopia anterioară: hipertrofie de cornet inferior stâng;
- la palpare: formațiune (adenopatie) subangulomandibulară cu dimensiuni de 2,5 cm, bine delimitată, consistență elastică, renitentă, nedureroasă la palpare, cu tegumente supraiacente nemodificate, punct maxilar și punct mastoidian antral ușor dureroase.
- la bucofaringoscopie: istm faringian congestiv, care bombează de partea stângă, cu deplasarea amigdalei de partea dreaptă și amigdale hipertrofice (gradul III – stadiul Friedmann); examinarea a fost dificil de efectuat din cauza prezenței trismusului. De asemenea, la examinarea dentiției, se observă carii dentare și resturi radiculare dureroase la percuție pe partea stângă.
- la otoscopie: timpan infiltrat, congestiv, cu repere șterse, care bombează foarte discret!
- la examenul nervilor cranieni: paralizie facială periferică, grad House Brackmann 3.

Din istoricul pacientului menționăm: copil cu multiple episoade de nevralgie, cu paralizii faciale á frigore (justificate de părinți prin expunerea la frig a pacientului), dureri dentare tratate doar cu simptomatice, fără un tratament riguros stomatologic.

Examenul paraclinice au demonstrat:

- leucocitoză cu neutrofilie, sindrom inflamator marcat;
- examenul ecografic al părților moi laterocervicale: adenopatii cervicale bilaterale, mai accentuate subangulomandibular stânga cu caracter inflamator, fără stigmat de abcedare;
- examenul computer tomograf cerebral și cervical: acumulări cu densități fluide și parafluide la nivelul celulelor oto-mastoidiene stângi, cu contact direct al acestora cu traiectul nervului facial la nivelul urechii medii (Fig. 1,2); opacifierea sinusului maxilar stâng (Fig. 3), mucoasă îngroșată la nivelul cornetelor nazale stângi; colecție cu densități 35-45 VH, de dimensiuni 36x26x27 mm cu pereți de 2 mm, anfractuși, iodofili, cu multiple septuri, situată parafaringian stâng, cu deplasarea țesutului adipos de la acest nivel extins medial (abces periamigdalial) (Fig. 4), adeno-

patie laterocervicală de 22 mm x 16 mm de partea stângă.

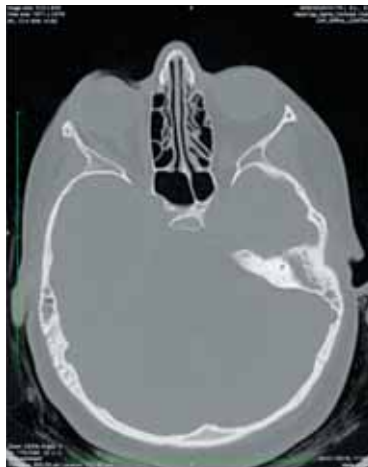
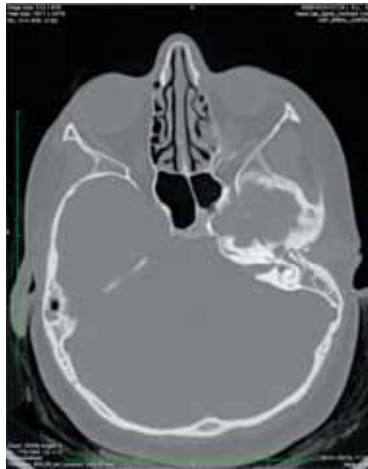


FIGURA 1 și 2. Cavități oto-mastoidiene pline cu acumulări fluide/parafluide, ce iau contact cu nervul facial în urechea medie

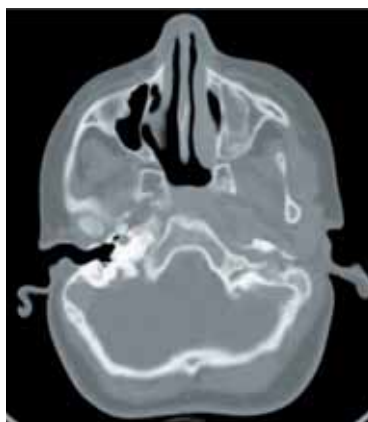


FIGURA 3. Opacifiere sinus maxilar stâng

Pe baza examenului clinic și a examenelor paraclinice, se emite diagnosticul de otomastoidită acută, sinuzită maxilară, flegmon parafaringian și periamigdalial stângi, adenopatie laterocervicală bilaterală.

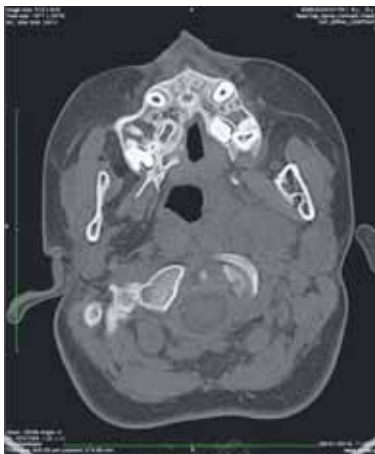


FIGURA 4. Colecția/tumefacția parafaringiană

Sub anestezie generală cu IOT, se practică mastoidectomie parțială tip Heath, cu descoperirea la nivelul antrului mastoidian mase polipoase, granulomatoase, cu leziuni osteitice, care se frezează cu minuțiozitate. Leziunile merg spre casa timpanului și protimpan. Masele polipoase se trimit la examen histopatologic, iar secrețiile purulente pentru examen bacteriologic, micologic și pentru bacili acid alcoolo-rezistenți. Se practică punșionarea pilierului amigdalian anterior stâng la nivelul polului superior (punșie negativă). Se palpează o colecție la nivelul hemicavumului stâng, profundă. Se practică adenoidectomia cu ridicarea în prealabil a vălului palatin pentru o expunere mai bună a peretelui laterofaringian. Se evidențiază astfel și se exprimă printr-un orificiu fistulos punctiform, aparent blocat de vegetațiile hipertrofice, secreții purulente cremoase în cantitate importantă care se trimit la laborator pentru culturi bacteriene, micologice, și antibiogramă.

Postoperator, evoluția este favorabilă sub tratament, antibiotic cu spectru larg, antiinflamator și antialgic cu toaleta locală zilnică a plăgii retroauriculare și dezobstrucție nazofaringiană.

În prima săptămână postoperator, se remit semnele de afectare sinusală.

Copilul efectuează un consult stomatologic, urmând ulterior un tratament stomatologic de durată.

La trei săptămâni postoperator, paralizia facială se remite complet, iar auzul revine în parametri normali.

DISCUȚII

Otomastoiditele acute au reprezentat constant o problemă de sănătate publică, iar tratamentul antibiotic nu a reușit eradicarea acestei

patologii (3). Apariția germenilor patogeni cu rezistență crescută la antibiotice poate fi una dintre cauzele cele mai evidente (4).

Imagistica prin computer tomografie aduce cele mai importante elemente diagnostice, cu condiția ca ele să fie sugerate de aspectul clinic și căutate activ (5).

Este dificilă stabilirea punctului de plecare al unei infecții mastoidiene: de la nivel rinofaringian – prin trompa Eustache – protimpan sau invers, de la o otită medie supurată trenantă care s-a extins mastoidian pe de o parte și prin protimpan, trompa Eustache se poate exterioriza în spațiul parafaringian. Uzual, extensia frecventă a colecției intramastoidiene este către zona retroauriculară (2).

Diagnosticul clinic este dificil în condițiile existenței unor semne și simptome comune unor afecțiuni total diferite anatomic, dar care se pot întrepătrunde (hipertrofie adenoamigdaliană, otite repetate, intercurențe respiratorii frecvente, cefalei de tip nevralgic și afecțiuni dentare de multe ori soldate cu otalgii reflexe). Mai mult, complicațiile după o mastoidită acută nu sunt rare și pot îmbrăca multiple aspecte clinice (1).

Cefaleea poate fi simptomul unei nevralgii, migrene, infecție acută de căi respiratorii superioare (IACRS), afecțiuni dentare, sinuzite (6). Prezența otalgiei însă poate sesiza existența unei otite acute sau a unor colecții purulente la nivel cranian (mastoidian, cerebral) (7). Unilateralitatea semnelor se adaugă la dificultatea diagnosticului diferențial. Simptomele cazului prezentat au avut însă localizare predominant faringiană.

Flegmonul parafaringian putea fi ușor confundat cu un flegmon periamigdalian anterior sau cu un sindrom Lemierre (inflamația jugularii interne) (8).

Paralizia facială putea fi interpretată ca fiind *á frigore* sau în cadrul unei nevralgii la nivelul hemicraniului stâng în asociere cu otalgia și dotalgia de aceeași parte (luând în considerație antecedentele patologice personale).

Adenita submandibulară putea fi interpretată ca o submaxilită sau flegmon osteitic cu punct de plecare de la nivelul multiplelor carii dentare de la nivelul maxilarului stâng.

Sinuzita maxilară putea fi pusă pe seama intercurenței respiratorii mai degrabă decât pe cea a unei afecțiuni dentare, în condițiile remiterii sub tratament antibiotic, antiinflamator și după dezobstrucție nazofaringiană agresivă, cu aplicarea de meșe intrnazale cu vasoconstric-

tor. Factorul odontogen nu poate fi totuși neglijat nici el în aceste cazuri.

Este de remarcat dificultatea localizării colecției de la nivel parafaringian pe de o parte din cauza trismusului, iar pe de altă parte din cauza existenței vegetațiilor adenoide hipertrofice care au mascat colecția și au împiedicat drenajul ei spontan prin orificiul fistulos prezent deasupra fosetei Rosenmüller din rinofaringe.

CONCLUZII

Complexitatea cazului este generată de multiplele afecțiuni posibile cu simptomatologie asemănătoare și prezente simultan la pacient, dar și dificultăților de diagnostic clinic în condiții de trismus, agitație și contact dificil, consecință

a multiplelor spitalizări. Astfel, examenul imagistic a avut o importanță deosebită în stabilirea diagnosticului, oferind aspectul de ansamblu al patologiei cazului și stabilind atitudinea chirurgicală de anvergură, de a aborda simultan mastoida și colecția parafaringiană după adenoidectomie.

Particularitatea cazului este dată de fistulizarea neobișnuită a unei otite medii supurate prin în spațiul jugo-digastric, la nivelul peretelui lateral al cavumului și parafaringian precum și de simptomatologia frustră, echivocă, orientând diagnosticul către un aparent flegmon periamigdalian anterio-superior.

Notă. Toți autorii au contribuit în mod egal la redactarea acestei lucrări.

BIBLIOGRAFIE

1. **Glynn F. et al.** Acute mastoiditis in children: Presentation and long term consequences. *J Laryngol Otol*, 2008. 122(3): p. 233-7.
2. **Mustafa A. et al.** Treatment of acute mastoiditis: Report of 31 cases over a ten year period. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*, 2004. 125(3): p. 165-9.
3. **Antonelli P.J. et al.** Impact of resistant pneumococcus on rates of acute mastoiditis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1999. 121(3): p. 190-4.
4. **Navazo-Eguia A.I. et al.** Acute mastoiditis in the pneumococcal vaccine era. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2011. 62(1): p. 45-50.
5. **Antonelli P.J. et al.** Computed tomography and the diagnosis of coalescent mastoiditis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1999. 120(3): p. 350-4.
6. **Truini A., F. Galeotti, G. Cruccu.** New insight into trigeminal neuralgia. *J Headache Pain*, 2005. 6(4): p. 237-9.
7. **Gliklich R.E. et al.** A contemporary analysis of acute mastoiditis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1996. 122(2): p. 135-9.
8. **Waterman J.A. et al.** Lemierre syndrome: A case report. *Pediatr Emerg Care*, 2007. 23(2): p. 103-5.