

LAS PERIOSTITIS MASTOÍDEAS SUPURADAS DE LA INFANCIA

Por el Dr. AUGUSTO LATORRE AGÜERO

(Sección Otorinolaringología del Hospital Arriarán).

Jefe: Dr. Marcial Parada.

La periostitis mastoídea, como lo indica claramente su nombre, consiste en la inflamación del periostio de la región mastoídea que llega generalmente hasta la formación de un absceso. Si bien es cierto que esta afección, en la inmensa mayoría de los casos, es la resultante de una supuración profunda de las celdas mastoideas, o sea de una mastoiditis, no es raro sin embargo, que se presente como un cuadro patológico independiente y sin compromiso óseo de la apófisis mastoideas. En estos casos basta una simple incisión retroauricular (incisión de Wilde) para que desaparezcan los signos alarmantes que acompañan a la periostitis mastoídea y se produzca rápidamente la curación radical del proceso.

Las periostitis mastoideas simples, es decir, sin mastoiditis, son relativamente frecuentes en la práctica infantil y se las diagnostica por lo general erróneamente como "mastoiditis" o como "mastoiditis con absceso". De esta confusión ha nacido sin duda, la falsa opinión sustentada por algunos especialistas, referente a que "en los niños las mastoiditis con absceso sanan con la sola abertura del absceso".

La periostitis mastoídea simple, afección benigna y cuyo cuadro clínico puede ser muy semejante al de una mastoiditis, sana con la simple incisión y vaciamiento del pus; pero en una mastoiditis, afección grave, no sucede lo mismo como veremos más adelante. Incluso muchos de los éxitos brillantes atribuidos a la Quimioterapia sulfamidada o a sus derivados, en el tratamiento de las mastoiditis agudas, no son sino el resultado de una confusión entre estas dos afecciones. De aquí que haya creído de interés referirme a esta afección y presentar algunas observaciones.

OBSERVACION N.º 1. — J. O., 6 años de edad. Ficha N.º 17804. del Hospital Arriarán.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace cinco días, fiebre (38° C) y otorrea derecha, a lo que se agrega en las últimas 48 horas, tumefacción de la región mastoidea derecha, que se hace muy dolorosa y fluctuante.

Examen: O. D. Conducto normal; tímpano rosado, perforación anterior amplia, buen drenaje. Región mastoidea derecha, aumentada de volumen, edematosa, roja, dolorosa a la presión y fluctuante. Resto del examen, negativo.

Diagnóstico: Otitis media aguda supurada derecha. Periostitis mastoidea simple a derecha.

Se incide el absceso de la región mastoidea: sale pus en abundancia. El examen bacteriológico del pus da desarrollo de estreptococo hemolítico. Se hace tratamiento a base de lavados horcados y calor local, y una semana después el niño es dado de alta completamente sano.

OBSERVACION N.º 2. — M. S., 9 años de edad. Ficha N.º 43860. del Hospital Arriarán.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Ingresa al servicio con un gran aumento de volumen, doloroso y fluctuante, a nivel de la región mastoidea derecha; piel roja y reluciente a ese nivel. Al interrogar detenidamente a la madre del niño, menciona el hecho que cinco días antes de manifestarse el proceso mastoideo, tuvo otalgia y otorrea derecha de 2 a 3 días de duración y que sanó espontáneamente.

En este caso, el examen ótico es totalmente negativo: tímpano y conducto de aspecto normal. Temperatura, 37,6° C.

Diagnóstico: Periostitis mastoidea simple a derecha.

Se abre el absceso mastoideo y se vacía gran cantidad de pus. El examen bacteriológico revela la presencia de estreptococo hemolítico. Cuatro días después y prácticamente sin ningún tratamiento, es dado de alta completamente sano, con su mastoidea normal al examen externo y radiográfico.

El cuadro clínico de la periostitis mastoidea simple, como hemos visto en las observaciones anteriores, se asemeja extraordinariamente al de una mastoiditis: fiebre, malestar general, dolor y tumefacción de la región mastoidea, etc.

Duplay en 1875 (citado por Lubet-Barbon, Mignon, etc.) fué el primero que describió el cuadro clínico de la periostitis mastoidea, que posteriormente fué también estudiado por Jacques y Gault, H. Luc, Mouric, Escat, etc. El trabajo de Duplay tuvo en esa época gran

repercusión y durante largo tiempo la periostitis mastoidea ocupó el primer lugar entre las complicaciones auriculares de la región mastoidea. Esto trajo como consecuencia una disminución enorme en el número de vaciamentos mastoideos, cuyo abuso era precisamente lo que quería combatir Duplay, pero se cayó en el extremo opuesto de creer que toda inflamación retroauricular era una periostitis simple y que bastaba una simple incisión que llegara hasta el periostio para curarla radicalmente, desconociéndose así la importancia de las mastoiditis cuyo diagnóstico e indicación quirúrgica se hacía cada vez más raramente. Una comunicación de Politzer vino a disminuir la importancia del rol de la periostitis. Politzer demostró que toda supuración subperióstica de la región mastoidea, coincidía generalmente con una supuración profunda de la apófisis mastoideas, esto es, con una mastoiditis, de la cual era la consecuencia. Con esto nuevamente recrudescieron los vaciamentos mastoideos y la periostitis mastoidea simple pasó a ser considerada como una rareza, hasta ser casi completamente olvidada en la actualidad.

En la periostitis mastoidea simple el punto de partida de la infección estaría en la mucosa de la caja del tímpano, de modo que siempre existiría un proceso ótico en actividad (Observación N.º 1) o el antecedente de un proceso ótico muy reciente pero ya curado, o en vías de curación (Observación N.º 2). Sin embargo, hay ocasiones en que no hay proceso ótico ni antecedente de tal; en estos casos se habla de "periostitis mastoideas primitivas", mencionadas también antiguamente por Voltolini, Knapp, Levi, etc. (citados por Broca y Lubet-Barbon), pero como una rareza.

Para Duplay la infección se hacía en la siguiente forma: el pus de la otitis ulceraría el periostio del oído medio, desprendiéndolo del hueso, y se infiltraría alrededor del conducto auditivo membranoso para venir a extenderse sobre la cara antero-externa de la apófisis mastoideas. De modo que la enfermedad lejos de situar en el espesor del hueso, como en la mastoiditis, ocupa la superficie externa del temporal y consistiría en una periostitis flegmonosa de este hueso, que ya queda limitada a la mastoideas o bien puede invadir una parte más o menos extensa de la escama del temporal. A este cuadro lo denominó Duplay "otitis perióstica".

Si bien existen procesos que corresponden a la descripción de Duplay, esta vía de infección por el conducto auditivo no es frecuente. Para Mignon, Jacques y Gault, Mourat,

etc., la infección partiría de la caja del tímpano o antro mastoideo, llegaría al periostio siguiendo la vía vascular o los vestigios de las suturas petroescamosa, petrotimpánica o escamo-mastoidea que en el niño recién nacido constituye un profundo surco en relación con el oído medio y ocupado por tractus fibrosos y vasculares. Además, como lo hacen notar Jacques y Gault, también favorecería la infección de la cortical, el escaso desarrollo de la apófisis mastoides, contrastando con el avanzado estado de evolución de las cavidades del oído medio, colocadas así muy cerca de la superficie externa del hueso.

Los gérmenes provenientes de la mucosa de la caja o antral, llegados por estas vías al periostio, formarían aquí una colonia que evolucionaría por su propia cuenta y con una actividad superior a su foco de origen. El foco secundario domina por su sintomatología los fenómenos de la infección primitiva. No habría desde el punto de vista anatómico, periostitis sin endomastoiditis, pero clínicamente la endomastoiditis puede apagarse mientras la periostitis evoluciona.

El diagnóstico diferencial de la periostitis mastoidea simple deberá hacerse ante todo con la mastoiditis aguda. Recordaremos brevemente que en esta última afección el proceso infeccioso evoluciona más o menos de la siguiente manera: la inflamación de la mucosa de la caja del tímpano (otitis) se propaga a la mucosa del antro mastoideo y a la que reviste las celdas mastoideas: clínicamente hay fiebre, aumento de la otorrea y dolor a la presión de la apófisis mastoides. Este período, en que aun el proceso infeccioso no compromete el tejido óseo mismo de la apófisis mastoides sino solamente la mucosa de las cavidades, es recuperable y puede curar totalmente con un tratamiento médico adecuado e incluso sin él. En este momento se habla de "mastoidismo" o de "reacción mastoidea", términos que indican una mastoiditis fluxionaria susceptible de curar rápidamente. En un estado más avanzado, la infección compromete el tejido óseo (segunda a tercera semana de evolución de la otitis, por lo general) produciéndose en la apófisis mastoides focos de osteitis con necrosis ósea y caries. Cuando se supone que la enfermedad se encuentra en tal período de evolución, se habla de "mastoiditis quirúrgica", por ser éste el momento más indicado para el vaciamiento mastoideo. (De paso diremos que, en términos generales, al hablar de "mastoiditis", se subentiende que se trata de "mastoiditis quirúrgica", y a ella nos refe-

rimos nosotros, por lo tanto, cuando empleamos la palabra "mastoiditis"). Las caries óseas llegan a ponerse en contacto con la superficie externa del hueso, el periostio es invadido y se produce una "periostitis secundaria", con formación de absceso a ese nivel; pero en este momento lo principal no es la periostitis sino la lesión ósea subyacente (mastoiditis) que la produce y no basta en este caso la simple incisión de Wilde para sanar al paciente, porque el absceso volverá a reproducirse y persistirán además los signos generales, tales como fiebre, cefalea, dolor a la región mastoidea, etc. Ejemplo típico de este caso es la siguiente observación:

OBSERVACION N.º 3. — J. H., 11 años de edad. Ficha N.º 48276. del Hospital Arriván. Visto el 8-VII-42.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Se inicia hace 15 días con otalgia derecha, seguida de otorrea abundante a las 48 horas, fiebre y malestar general; desde hace cinco días, además, su mastoidea está tumefacta y muy dolorosa a la presión.

Al examen llama inmediatamente la atención el gran aumento de volumen y enrojecimiento a nivel de la apófisis mastoidea derecha, con desprendimiento del pabellón auditivo y fluctuación. Por el conducto sale abundante secreción purulenta, espesa y de mal olor. Existe una ligera caída de la pared posterior del conducto en el tercio interno. El tímpano está de color rojo claro y presenta una amplia perforación anterior.

Diagnóstico: Mastoiditis aguda derecha.

Se abre el absceso mastoideo y se vacía gran cantidad de pus de color amarillo verdoso y de muy mal olor. El examen del pus reveló la presencia de estafilococo dorado hemolítico. Se deja al niño hospitalizado con un tratamiento a base de 4 gramos diarios de sulfanilamida. Con esto desaparecen sus molestias casi totalmente y también todo signo de inflamación de la región mastoidea y sólo persiste discreta otorrea. Cinco días después se suspende este tratamiento, pero antes de 48 horas, la región mastoidea se pone nuevamente tumefacta y dolorosa, aumenta la otorrea y reaparece la fiebre (37,6° C). Dos días después al absceso de la región mastoidea vuelve a reproducirse tal como la primera vez. Se incide nuevamente sale pus abundante y se repite el tratamiento sulfamidado. Desaparecen de nuevo las molestias y los signos locales mastoideos. Después de seis días volvemos a suspender la quimioterapia sulfamidada, pero otra vez, antes de 48 horas, tenemos en formación un nuevo absceso en la región mastoidea. En vista de esto, decidimos ir directamente al vaciamiento mastoideo y en la intervención encontramos extensas lesiones óseas de la apófisis mastoidea que llegaban a ponerse en contacto con la superficie externa del hueso. Con la operación curó el niño rápida y totalmente, en pocos días.

Esta observación nos muestra claramente la diferencia entre una periostitis mastoídea simple y una periostitis secundaria a una mastoiditis. Como vemos, en este caso el paciente no sanó con la simple incisión y vaciamiento del absceso mastoídeo, sino que éste se reprodujo dos veces y sólo curó totalmente con el vaciamiento mastoídeo.

Para el diagnóstico diferencial entre periostitis mastoídea simple y periostitis secundaria a una mastoiditis, es de gran importancia la historia clínica del paciente y la radiografía de la apófisis mastoides.

El absceso por periostitis secundaria a una mastoiditis se produce por lo general tardíamente (segunda a tercera semana de evolución de la otitis), cuando ya hay lesiones óseas destructivas, y junto con esto hay otros signos como otorrea espesa y abundante, caída de la pared posterior del conducto auditivo, fiebre, cefalea y malestar general. La incisión del absceso y evacuación del pus no produce gran mejoría en la sintomatología general y el absceso, o bien se reproduce de nuevo o ya se forma a ese nivel una fístula que supura permanentemente. En la gran mayoría de los casos si exploramos con un estilete la superficie externa de la apófisis mastoides en el momento de la incisión del absceso, no es raro que constatemos la existencia de caries óseas de aspecto negruzco que nos confirmarán el diagnóstico de periostitis secundaria.

El absceso por periostitis mastoídea simple aparece por lo general precozmente, en los primeros días de evolución de la otitis (Observación N.º 1), y si aparece en la convalecencia de una otitis (Observación N.º 2), no existen signos otoscópicos de importancia como otorrea abundante o caída de la pared posterior del conducto auditivo. La simple incisión y vaciamiento del pus suprime prácticamente toda la sintomatología general y local. Si exploramos la apófisis mastoides en el momento de la incisión, no encontramos lesiones en la superficie externa del hueso. Después de vaciado el pus, la curación se produce rápidamente y el absceso no recidiva.

Más difícil es el diagnóstico en los casos de periostitis primitivas, o sea, sin antecedente de afección ótica y con examen ótico negativo. En tal caso el diagnóstico debe hacerse principalmente con la mastoiditis primitiva y con el adenoflegmón de los ganglios mastoídeos.

La mastoiditis primitiva, o sea, la mastoiditis sin otitis, es poco frecuente y su etiología puede ser muchas veces una afección general propagada por vía sanguínea, como la tu-

berculosis, por ejemplo, o bien el punto de partida puede ser un proceso infeccioso atenuado e inaparente a nivel de la caja del tímpano.

El diagnóstico diferencial con el adenoflegmón de los ganglios mastoideos es relativamente fácil. El punto de partida de la infección en el adenoflegmón es casi siempre una lesión cutánea situada en el territorio de los linfáticos aferentes de los ganglios mastoideos: cuero cabelludo, pabellón de la oreja, cuello, etc. El diagnóstico diferencial aquí no tiene gran importancia, porque tanto la periostitis mastoidea simple como el adenoflegmón de los ganglios mastoideos, curan con la sola incisión y vaciamiento del pus. En estos casos el examen ótico es negativo, salvo que el adenoflegmón aparezca en el curso de una otitis, lo que es poco frecuente. Si hemos tenido oportunidad de seguir el caso clínico desde la aparición de los primeros síntomas, el diagnóstico es muy fácil. La afección empieza con aumento de volumen y dolor a la palpación de uno de los ganglios mastoideos, cuya forma y aumento de volumen se aprecia claramente al tacto. En un período más avanzado se comprometen las partes blandas de la región mastoidea, produciéndose a este nivel una tumefacción difusa, muy dolorosa a la palpación, en la cual ya no es posible reconocer los contornos del ganglio afectado. Por último, se origina en este sitio un absceso que sana rápidamente con la incisión y evacuación del pus. Esta colección supurada no es subperióstica sino que está situada por encima del periostio de la región mastoidea.

Los antiguos (Broca, Lubet-Barbon), hacían notar, también, que la periostitis mastoidea simple podía presentarse complicando una otitis media supurada crónica de tipo ordinario. Esto teóricamente es posible, pero en la práctica nosotros hemos visto que siempre que se produce un absceso mastoideo en el curso de una otitis crónica reagudizada, no basta la sola incisión de Wilde para curar el proceso mastoideo, sino que es necesario recurrir posteriormente a la operación radical del oído con amplio vaciamiento mastoideo, porque no se trata en estos casos de periostitis simples, sino secundarias a graves lesiones óseas.

En los casos dudosos, como por ejemplo, cuando se sospecha una periostitis primitiva, la radiografía de la apófisis mastoideas es un examen de gran valor. Puede mostrarnos claramente en una mastoiditis, las lesiones de osteitis con destrucción de los tabiques intercelulares, y la integridad del te-

jido óseo de la apófisis mastoides, en los casos de periostitis mastoídea simple. Pero desgraciadamente, como decíamos en una publicación anterior, la técnica de este examen deja aún mucho que desear en la gran mayoría de nuestros servicios hospitalarios, de aquí que prácticamente este examen tenga para nosotros un valor muy relativo y que tengamos que atenernos para el diagnóstico, la mayor parte de las veces, a los datos suministrados por la historia y observación clínica del enfermo.

Resumiendo, creemos que el cuadro clínico de la periostitis mastoídea simple, es digno de tenerse presente ante todo proceso agudo de la región mastoídea, por su relativa frecuencia, especialmente en la práctica infantil, pero sin darle, naturalmente, la exagerada importancia que le dieron los clínicos del siglo pasado.

BIBLIOGRAFIA

- BROCA A. et LUBET-BARON F. — Paris, 1895. "Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement". P. 19.
- ESCAT E. — Paris, 1911. "Technique Oto-Rhino-Laryngologique". P. 597.
- JACQUES et GAULT F. — Paris, 1910. "Osteïtes et periostites isolées du temporal". Bull. et Mem. de la Soc. Franc. d'Oto-Rhino-Laryngologie. Congrès de 1910.
- LATORRE AGUERO, AUGUSTO. — "Acción enmascarante de la quimioterapia sulfamidada en los procesos mastoideos agudos". Rev. Chilena de O. R. L. III-1944. N.º 4, p. 229.
- LUC H. — Paris, 1900. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales. P. 50.
- LUC H. — Paris, 1900. "Diagnostic et traitement de l'abcès mastoïdien sous-periosté non accompagné d'abcès intramastoïdien". Congreso Internacional de Medicina.
- MIGNON A. — Paris, 1898. "Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement". P. 272.
- MOURET J. — Paris, 1912. "Reflexions sur quelques cas de mastoidites". Bull. et Mem. de la Soc. Franc. d'Oto-Rhino-Laryngologie.
- POLITZER ADAM. — Paris, 1881. "Traité des maladies de l'oreille". P. 506.