



MENINGITIS DE LA COMUNIDAD POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* SECUNDARIA A OTO - MASTOIDITIS

BUCETA B¹, CIOTTI G¹, CALVO ZARLENGA M¹, GARCIA OLVEIRA L¹, TOMAZ A¹, FIORI M¹, COSTANZI J¹, PINTEÑO T¹, FAUDA B¹, ACASTELLI J¹, CAMPI E¹, MALAVIABARRENA P³, CAMPASSI ML⁴, REPETTO F⁴, TRAVERSO F⁴, CUITIÑO M², GARCIA RUBIO C²

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Infectología, ³Servicio de Otorrinolaringología, ⁴Servicio de Terapia Intensiva, Clínica La Pequeña Familia - Junín

INTRODUCCION

Las otitis son una patología frecuente en la segunda infancia, presentándose como otitis externa o media. En los adultos las infecciones del oído se presentan como otitis aguda (externa o media), otitis media crónica y pueden asociarse a colesteatoma. En este último caso la presencia de *P. aeruginosa* es habitual en la otitis y mastoiditis. No es tan frecuente la presencia de *P. aeruginosa* en adultos con otitis y mastoiditis aguda sin colesteatoma. Toda otitis y mastoiditis puede complicarse con meningitis, teniendo esta alta morbimortalidad.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 83 años, que comenzó 15 días antes de la internación con fiebre, secreción purulenta por oído derecho, y luego agregó síndrome vertiginoso periférico y cefalea. Consultó en otra institución donde iniciaron empíricamente, sin toma de cultivos, tratamiento con piperazilina-tazobactam y vancomicina. Por continuar febril fue derivado a nuestra institución.

Al ingreso presentaba tendencia al sueño, inestabilidad postural, rigidez de nuca, nistagmus horizontal, dismetría y lateralización hacia la derecha durante la marcha.

Laboratorio: Hto 28.2%; Hb 8.5 g/dl; leucocitos 11.100/mm³ (PMN 65%); urea 31 mg/dl; creatinina 1.75 mg/dl; HIV negativo. Se realizó punción lumbar: leucocitos 3.100/mm³ (80% PMN); glucorraquia 18mg/dl; proteínorraquia 1 g/dl. Se realizaron hemocultivos (negativos) y TAC de SNC que evidenció ocupación de oído medio y apófisis mastoides derecha, sin perforación timpánica; parénquima normal.

Se interpretó el cuadro como meningitis bacteriana secundaria a otitis media complicada y mastoiditis sin colesteatoma, iniciándose tratamiento con ceftriaxona y ampicilina.

Se realizó timpanoscopia con drenaje de oído medio. En los cultivo del material ótico y LCR se obtuvo desarrollo de *P. aeruginosa* sensible a ciprofloxacina, ceftazidime, cefepime, aminoglicosidos, carbapenem, colistin. Se rotó esquema a ceftazidima, evolucionando afebril, con mejoría del cuadro neurológico, sin supuración ótica. Completó 21 días de tratamiento, continuando con ciprofloxacina VO por mastoiditis. El paciente se encuentra en estudio por síndrome linfoproliferativo, debido a que en controles clínicos posteriores se observó alteración del hemograma con linfocitosis marcada.



CONCLUSION

Las complicaciones intracraneales de la otitis media aguda sin colesteatoma y mastoiditis aguda (meningitis aguda, abscesos epidurales, cerebrales, etc.), en los adultos, tuvieron alta morbimortalidad en la era pre antibiótica. Actualmente estas complicaciones son poco frecuentes. El aislamiento de *P. aeruginosa* en procesos otico - mastoideos se relaciona con traumatismo local, otitis externa (de las piletas), otitis media crónica, o bien en pacientes inmunocomprometidos.

La meningitis por *P. aeruginosa* es una infección poco frecuente, con alta morbi-mortalidad y se asocia generalmente a complicaciones de neurocirugía. El diagnóstico de meningitis por *P. aeruginosa*, como complicación de proceso ótico - mastoideo, debe hacernos buscar una patología crónica del oído o bien un estado de inmunocompromiso en el paciente.