

F. de Juan Martín, M. Bouthelier Moreno,
R. Fernández Liesa, M.A. Lezcano Carrera

An Esp Pediatr 1996;45:649-650.

Introducción

Las infecciones por el Complejo *Mycobacterium avium* (MAC) son frecuentes en pacientes inmunodeprimidos y en especial en infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. En niños con su sistema inmunitario normofuncionante es una infección rara, con la excepción de la linfadenitis cervical⁽¹⁾.

Presentamos el caso de una otomastoiditis por MAC, entidad muy poco frecuente en la infancia y que hasta el momento se han descrito solamente tres casos en la literatura⁽²⁻⁴⁾.

Caso clínico

Paciente varón de 2 años de edad, que ingresa por presentar otitis media derecha con abundante secreción purulenta de dos semanas de evolución. Ha recibido diversos tratamientos antibióticos sin apreciar mejoría. A su ingreso se instaura terapia antibiótico-intravenosa persistiendo la otorrea. Los exámenes complementarios son normales y el Mantoux 2 UT (RT23) es negativo. A los 5 días de su ingreso aparecen lesiones en piel compatibles con varicela y al mismo tiempo se aprecia despegamiento del pabellón auricular con claros signos inflamatorios en región mastoidea, pólipo en conducto auditivo externo y adenopatía laterocervical próxima a la mastoides afectada.

El examen radiográfico demuestra la ocupación de las celdas mastoideas, por lo que a los 13 días del ingreso se procede a realizar una mastoidectomía simple, hallándose pequeño absceso subperióstico con escaso contenido purulento, necrosis ósea de la cortical mastoidea y celdas rellenas de tejido inflamatorio. En la baciloscopia del exudado de mastoides y de la punción de la adenopatía satélite se observan BAAR. Se repite el Mantoux 2 UT con resultado positivo (20 mm), por lo que se inicia tratamiento con tres tuberculostáticos (isoniazida, rifampicina y pirazinamida) ante la sospecha diagnóstica de otomastoiditis tuberculosa.

La evolución sigue siendo tórpida con persistencia del exudado otomastoideo y aumento del tamaño de la adenopatía cervical. El cultivo del exudado obtenido inicialmente es positivo para *Mycobacterium avium intracelulare*. Se suspende el trata-

Otomastoiditis por *Mycobacterium avium*

miento antituberculoso y se procede a la extirpación quirúrgica de la adenopatía y a la instauración de tratamiento con claritromicina y rifampicina, y posteriormente claritromicina y rifabutin.

La evolución es favorable, los cultivos se negativizan y la secreción otomastoidea disminuye progresivamente hasta desaparecer. A los 6 meses se suprime el tratamiento antibiótico y en la actualidad, a los 12 meses de iniciarse el proceso, el tímpano ha mejorado considerablemente encontrándose muy próximo a la normalidad.

Discusión

El complejo *Mycobacterium avium* (MAC) engloba a los organismos *M. avium* y *M. intracelulare*. Son micobacterias de crecimiento lento que pertenecen al grupo III de Runyons de micobacterias no fotocromógenas y forman parte de un gran grupo de micobacterias distintas a la tuberculosis^(5,6).

En la infancia el MAC es la causa más frecuente de linfadenitis supurada crónica en el niño sano. El resto de las formas clínicas son raras e inciden fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos, en especial en los infectados por el VIH. En la revisión de Stone y cols.⁽¹⁾, sobre infecciones por MAC en niños no infectados por VIH, se recogen 30 casos de localización distinta a la linfadenitis; los autores sólo encuentran dos casos de otomastoiditis publicados en la literatura^(2,3). Posteriormente, Stewart y cols.⁽⁴⁾ publican un nuevo caso.

Margileth y cols.⁽⁷⁾ demuestran en pacientes con linfadenitis cervical que la intradermorreacción utilizando antígenos PPD-T y PPD-B (*M. avium-intracelulare*) logran diferenciar la etiología tuberculosa de la no tuberculosa en el 88% de los casos. Las reacciones PPD-T que midieron 15 mm o más estaban asociadas con el *M. tuberculosis*. En nuestra observación la intradermorreacción con PPD-T fue inicialmente negativa debido probablemente a la anergia inducida por la varicela. No fue posible la utilización de antígenos de micobacterias no tuberculosas.

Los tres casos descritos en la literatura⁽²⁻⁴⁾ presentaban características similares entre ellos. Eran pacientes menores de un año, con otorrea persistente, PPD-T positiva entre 14-20 mm, inicialmente diagnosticados y tratados de etiología tuberculosa y todos sometidos a mastoidectomía que fue suficiente para su curación. Nuestro caso es muy parecido en su presentación clínica a los anteriores, pero se diferencia en algunos aspectos.

Sección de Infecciosos, Hospital Infantil «Miguel Servet». Servicio de ORL, Servicio de Microbiología, Hospital General «Miguel Servet». Zaragoza.
Correspondencia: Dr. F. de Juan Martín. Sección de Infecciosos.
Hospital Infantil «Miguel Servet». P.º Isabel la Católica, 1, Zaragoza.
Recibido: Enero 1996
Aceptado: Julio 1996

La edad es ligeramente superior en nuestra observación, presentaba una adenopatía laterocervical homolateral donde se aisló también MAC y la mastoidectomía y exéresis del ganglio no fue suficiente para su curación, siendo necesario asociar terapéutica antibiótica.

El tratamiento de la infección por MAC es la extirpación quirúrgica de la lesión. Tres fármacos nuevos han mejorado el pronóstico de la infección por MAC: claritromicina, azitromicina y rifabutin^(8,9). Cotrimoxazol ha sido también utilizado por algunos autores con resultados favorables⁽¹⁰⁾.

En el tratamiento de las infecciones por MAC debe ser evitada la monoterapia por la posibilidad de inducir resistencias. Green y cols.⁽¹³⁾ obtienen buenos resultados en un caso de linfadenitis parotídea con la asociación de claritromicina y etambutol. En nuestro caso no utilizamos etambutol por la edad del niño. No encontramos ningún efecto desfavorable con la medicación y la evolución fue hacia la curación.

Bibliografía

- 1 Stone A, Schelonka R, Drehner D y cols. Disseminated Mycobacterium avium complex in non-human immunodeficiency virus-infected pediatric patients. *Pediatr Infect Dis J* 1992;**11**:960-964.
- 2 Wardrop PA, Pillsbury HC. Mycobacterium avium acute mastoiditis. *Arch Otolaryngol* 1984;**110**:686-687.
- 3 Kinsella J, Grossman M. Otomastoiditis caused by Mycobacterium avium-intracellulare. *Pediatr Infect Dis J* 1986;**5**:704-706.
- 4 Stewart M, Troendle-Atkins J, Starke J, Coker N. Nontuberculous mycobacterial mastoiditis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;**121**:225-228.
- 5 Shinnich T, Good R. Mycobacterial taxonomy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994;**13**:881-883.
- 6 Wolinski E. Mycobacterial diseases other than tuberculosis. *Clin Infect Dis* 1992;**15**:1-12.
- 7 Margileth AM, Chandra R, Altman RP. Chronic lymphadenopathy due to mycobacterial infection. *Am J Dis Child* 1984;**138**:917-922.
- 8 Inderlied C. Antimycobacterial susceptibility testing: Present practices and future trends. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994;**13**:988-993.
- 9 Sullan P, Gordin F, Wynne B y cols. Efficacy of rifabutin in the treatment of disseminated infection due to Mycobacterium avium complex. *Clin Infect Dis* 1994;**19**:84-86.
- 10 Raszka W, Skillman L, McEvoy P. Potential role of trimethoprim-sulfamethoxazole in the treatment of pediatric Mycobacterium avium complex infections. *Pediatr Infect Dis J* 1993;**12**:418-419.
- 11 Green P, Fordhan V, Reyn C, Smith R. Mycobacterium avium complex parotid lymphadenitis: successful therapy with clarithromycin and ethambutol. *Pediatr Infect Dis J* 1993;**12**:615-617.