

CASO CLÍNICO 4

FRACTURA DEL PEÑASCO DEL HUESO TEMPORAL

DRES. FERNÁNDEZ GRANDA L, DE LAS HERAS M, ESPEJO B, GARCÍA GIRALDA M.
HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

Ante toda hemorragia de oído o hemotímpano después de un traumatismo, hay que sospechar una fractura del hueso temporal, por lo que es necesario efectuar un estudio de imagen completo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 37 años, acude a urgencias con otorragia de OD por traumatismo cráneo-encefálico debido a ataque epiléptico. Tiene antecedentes de epilepsia tras cuadro de TCE grave por accidente de tráfico en año 1998 sufriendo hematoma epidural temporal derecho, que necesitó intervención quirúrgica. Larga estancia en UCI, quedó con secuelas tipo temblor cerebeloso, movimientos coreicos, convulsiones, neumonías aspirativas, ataxia.

Varios ingresos hospitalarios por epilepsia posterior. Se prescribió tratamiento con Valproico, que no toma. Intentos de autolisis. Ingreso en UCI en 2006 por crisis comicial, estado postcrítico y neumonía. Seguía tratamiento con lamotrigina 100 mg cada 12 horas. Valorado ayer tras crisis comicial persiste en su negativa de tomar el tratamiento antiepiléptico. Hábito tabáquico 40 cig/día. Actualmente vida autónoma.

El informe del TAC de cráneo sin contraste intravenoso: en la exploración realizada no se observan signos de lesión postraumática intracraneal aguda. Se aprecia un área de encefalomalacia temporal derecha, junto con secuelas de craneotomía temporal, hallazgos ya conocidos y documentados en estudios de TC previos.

Existe un trazo de fractura del peñasco derecho de disposición longitudinal, que interesa al techo del CAE y del oído medio. Esta fractura ya estaba presente en TC previo de octubre del 2016, sin opacificación de la caja timpánica ni de celdillas mastoideas en la actualidad.

En la exploración otoscópica se aprecia coágulo de sangre que ocupa todo el conducto, el cual se aspira, se aprecia tímpano enrojecido con una pequeña perforación puntiforme timpánica. En el con-

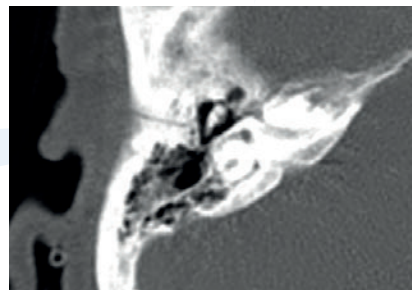


FIGURA 1: se aprecia línea de fractura en techo de conducto auditivo externo.



FIGURA 2: Imagen otoscópica con tímpano cicatrizal, donde no se aprecian los relieves anatómicos.

ducto auditivo no se aprecia erosión. No refiere que haya perdido audición. Se prescribe antibióticos y se revisa a la semana apreciándose el tímpano sin evidencia de perforación, algo oscurecido cicatrizal (figura 2). El paciente no acude a revisión audiométrica.

DISCUSIÓN

Las fracturas del peñasco del temporal clásicamente se han dividido en longitudinales, las cuales siguen el eje mayor del peñasco, son las más frecuentes con alrededor del 85% del total y están asociadas a traumatismos tèmpero-parietales. Habitualmente comprometen el oído medio hasta el techo del conducto auditivo externo y pueden provocar pérdida de la audición de tipo conductiva y fístulas del líquido cefalorraquídeo.

Se producen tras un impacto lateral en región temporoparietal. Su línea de fractura comienza en la escama, sigue por la pared supero externa del conducto auditivo óseo, pasa por el techo del oído medio y sigue por delante de la cápsula del laberinto para terminar en la fosa craneal media cerca del agujero redondo mayor. En su trayecto recorren: mastoides, techo de CAE, tegmen tympani y trompa de Eustaquio respetando oído interno. Por tanto, son fracturas esencialmente de oído medio y pueden fracturar la pared del CAE externo y desgarrar la membrana timpánica.

Las fracturas transversales, que son perpendiculares al eje mayor del peñasco, representan el 20% de las fracturas del temporal. Suelen ser consecuencia de impactos frontales u occipitales. La línea de fractura suele comenzar en el agujero occipital, sigue por el agujero rasgado posterior hasta la fosa craneal media atravesando la pirámide petrosa perpendicularmente a su eje mayor. En su trayecto afectan al oído interno pudiendo dañar a los nervios vestibular y coclear o al nervio facial. Son, por tanto, menos frecuentes pero más graves que las longitudinales. También las fracturas pueden ser una combinación de las dos o mixtas. Es necesario investigar la presencia de otoliquorra y luxación de la cadena osicular.

El diagnóstico y seguimiento de una fractura del peñasco requiere de una evaluación neuro-otológica completa y de pruebas de imagen intracraniales. Sin embargo, a pesar de los avances en estas técnicas de neuroimagen, una exploración radiológica negativa no excluye una fractura en presencia de signos clínicos. Se han publicado casos de microfracturas del hueso temporal visibles en cortes histológicos que explican la hipoacusia o los síntomas vestibulares de los pacientes, con pruebas radiológicas normales. Las principales complicaciones son las infecciones, fístulas perilinfáticas, parálisis facial (infrecuente), otoliquorra, otitis media crónica, colesteatoma postraumático, luxación de la cadena osicular (precoz) o hiperostosis y fijación de la cadena (tardía), entre otras.

La función que cumplen los antibióticos profilácticos para prevenir las meningitis bacterianas en pacientes con fractura de la base de cráneo es controvertida. Si tras tres meses de la fractura persiste la hipoacusia de transmisión debida a una perforación timpánica o una disyunción de la cadena, podemos indicar una timpanoplastia con o sin reconstrucción de la cadena. La hipoacusia neurosensorial sólo requiere rehabilitación audiotrófica o implante coclear en el caso de sordera profunda bilateral. En presencia de liquorra, el tratamiento inicial es conservador ya que en el 90% de casos remite sin tratamiento por la impacción del lóbulo temporal en la lesión meníngea. Debe vigilarse la aparición de signos meníngeos y administrar antibióticos ante el primer síntoma de meningitis. Si tras dos semanas no remite la otoliquorra está indicada la timpanotomía exploradora para descartar una fístula de líquido céfalo-raquídeo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gentine A, Hémar P. Fracturas de peñasco. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier SAS, París), Oto-rhino-laryngologie -E-20-220-A-10. 2000.
- Ishman SL, Friedman DR. Temporal Bone Fractures: Traditional Classification and Clinical Relevance. The Laryngoscope. 2004 Oct; 114 (10): 1734-41.
- Martínez Ibargüen, Sánchez Fernández JM, Santaolalla Montoya F, Sánchez del Rey A. "Traumatis-

mos del oído. Blast injury. Barotrauma. Fracturas del hueso temporal". Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (Capítulo 98). Pág 1367-1377. 1999.

- Ratilal B, Costa J, Sampaio C. Profilaxis antibiótica para la prevención de meningitis en pacientes con fracturas de la base de cráneo (Revisión Cochrane traducida). The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.