

Necrosis palatina en el lactante. A propósito de un caso

M.A. Sancho, F.J. Parri, J.M. Raigosa, J. Lerena, F. Cacéres, M.E. Muñoz

Unitat Integrada Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu, Departamento de cirugía pediátrica, Barcelona.

RESUMEN: La necrosis palatina secundaria a patología infecciosa es un cuadro excepcional del que existen muy pocas referencias en la literatura. Presentamos un caso de un paciente de 6 meses de edad que tras un cuadro de otitis media supurada, presenta necrosis palatina que afecta al paladar duro y blando, con cultivos positivos a *Pseudomona aeruginosa*, provocando una ausencia casi completa del paladar, equivalente a una fisura palatina bilateral completa.

PALABRAS CLAVE: Necrosis; Paladar; Infección.

PALATAL NECROSIS IN CHILDREN. CASE REPORT

ABSTRACT: Palate necrosis as a consequence of palate infection it's an exceptional condition about there's not too much references at literature. We present a case of a 6 months old child who present a palatal necrosis after a suppurative medial otitis that involved hard and soft palate, with positive culture for *pseudomona aeruginosa* causing a almost complete absence of the palate that simulate a bilateral palatal cleft.

KEY WORDS: Necrosis, Palate; Infection.

INTRODUCCIÓN

La necrosis palatina es una grave complicación casi siempre asociada a déficit inmunológicos, diabetes, vasculitis, secundaria a tratamientos quimioterápicos y, excepcionalmente, secundaria a procesos infecciosos^(1,2). Adquiere una mayor importancia clínica cuando ocurre en los primeros meses de vida, ya que interfiere gravemente en el aprendizaje psicolingüístico y en la alimentación.

Correspondencia: Maria Angeles Sancho Vendrell, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Passeig de Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugas de Llobregat, Barcelona.
E mail: masancho@hsjdbcn.org

Recibido: Mayo 2005

Aceptado: Febrero 2006

CASO CLÍNICO

Lactante de 6 meses de edad de sexo masculino con antecedentes de prematuridad extrema (30 semanas), gestación gemelar (primer gemelo), parto eutócico, presentación cefálica. Peso 1.400 g. Talla 38 cm. Presenta síndrome febril y rinorrea abundante en tratamiento con amoxicilina-clavulánico desde 3 días antes, por diagnóstico de otitis media bilateral. En el examen físico inicial presentaba una orofaringe hiperémica y perforación timpánica con supuración bilateral. Ingresa para tratamiento antibiótico con cefuroxima-axetilo. También presenta rechazo del alimento coincidiendo con la aparición a nivel del paladar blando y úvula de zonas de necrosis y esfacelos (Fig. 1), se decide realizar limpieza quirúrgica con toma de biopsia y muestra para cultivo. La biopsia peroperatoria informa de lesión sugestiva de tumor indiferenciado de células pequeñas, por lo que se realiza estudio de extensión con TC cervical y punción de médula ósea, los cuales se encontraron dentro de los límites de la normalidad. La anatomía patológica definitiva reporta necrosis extensa e infiltración por polimorfonucleares con abscesificación del

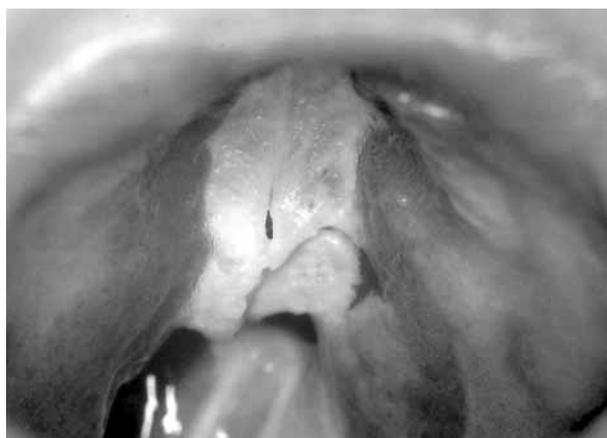


Figura 1. Necrosis del paladar a los 7 días.



Figura 2. Defecto del paladar a los 18 meses.



Figura 4. Resultado postoperatorio inmediato.

paladar. El cultivo es positivo para *Pseudomona aeruginosa*, por lo que se inicia tratamiento con ceftazidima más amikacina. El estudio inmunológico descarta insuficiencia humoral. Superado el cuadro infeccioso, el paladar muestra un aspecto equivalente a una fisura palatina bilateral congénita (Fig. 2).

Un año después se realiza la reconstrucción mediante la asociación de uranoestafilorrafia y faringoplastia de pedículo superior (Fig. 3). La evolución es satisfactoria con buen aspecto del paladar y de la faringe (Fig. 4).

DISCUSIÓN

La necrosis palatina es una entidad grave y poco frecuente en la infancia, casi siempre secundaria a déficit inmunológicos, diabetes, procesos vasculíticos o secundaria a tratamientos quimioterápicos. Como consecuencia de una infección del paladar sólo hemos encontrado en la literatura un caso en un niño de 10 años⁽³⁾, aunque han sido reportados estudios experimentales en los cuales se ha provocado la necro-

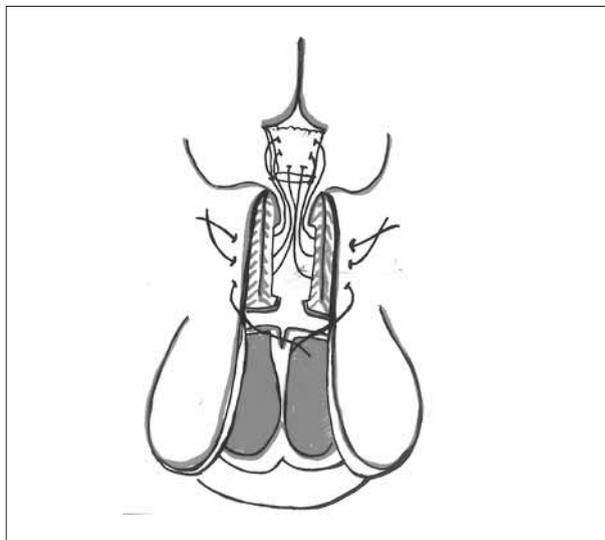


Figura 3. Esquema de la intervención.

sis palatina en primates con la inoculación de cepas de *Staphylococcus aureus*⁽⁴⁾. Como diagnóstico diferencial en este caso habría que tener en cuenta la posibilidad de una quemadura en el paladar producida por un biberón y sobreinfección secundaria, ya que sus padres reconocieron que calentaban la leche en el horno microondas⁽⁵⁾.

Las infecciones palatinas pueden causar necrosis del paladar blando y duro, provocando la formación de fisuras palatinas adquiridas que repercuten gravemente en el desarrollo psicolingüístico y en la alimentación del lactante. El tratamiento antibiótico adecuado ayudado por la limpieza quirúrgica permiten solucionar el cuadro clínico agudo. Para la reconstrucción de las secuelas, nos basamos en las técnicas conocidas para el tratamiento de las fisuras palatinas congénitas y la insuficiencia velofaríngea. La combinación de los dos procedimientos permite la corrección en un solo tiempo de una hendidura palatina muy amplia y con poco tejido residual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kline MW. Mucormycosis in children: review of the literature and report of cases. *Pediatr Infect Dis* 1985;4(6):672-6.
2. Wali YA, al LZ, al KH, Taqi AM, Shah W, Soliman H, et al. Case report. Successful outcome of invasive nasal sinus zygomycosis in a child with relapsed acute lymphoblastic leukaemia due to liposomal amphotericin B. *Mycoses* 2001;44(5):195-9.
3. Ozgur F, Tuncak D. Acquired clefting as a consequence of palate infection. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(6):1934.
4. Tetsuya N, Natsume N, Kawai T. Staphylococcus aureus inflammation and cleft palate in mice. *Plast Reconstr Surg* 1990;85(4):637-8.
5. Hibbard RA, Blevins R. Palatal burn due to bottle warming in a microwave oven. *Pediatrics* 1988;82(3):382-4.