

SINUSITIS AGUDA CON COMPLICACIÓN ORBITARIA

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA-GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 5 años que ingresa por dolor ocular izquierdo y edema palpebral y periocular, desde una semana previa tenía síntomas catarrales. 48 horas preingreso inicia tratamiento con azitromicina vía oral inicialmente, luego amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg e Ibuprofeno cada 8h. Persistiendo clínica en aumento. No fiebre.

A su Ingreso: BEG, normocoloreada, bien nutrida e hidratada, no meningismo ni signos de irritabilidad patológica. No focalidad neurológica. No lesiones cutáneas, no petequias. BPP. ORL orofaríngea normal. Otoscopia normal. Tumefacción importante de seno maxilar, zona etmoidal izquierda y de párpado izquierdo, con dolor a la palpación. Ojo cerrado. No proptosis ocular. Movimientos oculares extrínsecos conservados. ACR normal. Abdomen: normal.

INFORME DEL TAC: proptosis izquierda. Aumento de partes blandas con incremento de la atenuación de la grasa en región preseptal y postseptal izquierdas en relación con la orientación clínica de celulitis orbitaria. Ocupación de seno maxilar, frontal y celdillas etmoidales izquierdas en relación con sinusitis. Se asocia a aparente discontinuidad de la cortical ósea de la pared medial de la órbita, así como imagen sugerente de absceso subperióstico de aproximadamente 20x4 mm que se extiende a región orbitaria condicionando desplazamiento de músculo recto medial.

Globos oculares de tamaño normal sin observarse lesiones en la pared de ambos.



FIGURA 1: Veladura del seno etmoidal izquierdo con pequeño absceso subperióstico orbitario.



FIGURA 2: Corte coronal con ocupación de seno maxilar y etmoidal izquierdo.

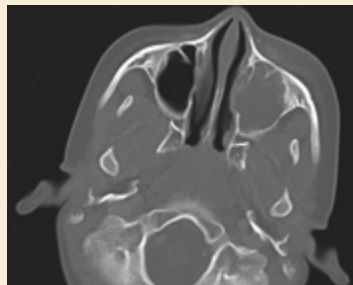


FIGURA 3: Corte axial con ocupación del seno maxilar.

Resto de musculatura extrínseca de tamaño normal. Nervios ópticos de tamaño simétrico.

Hemocultivo a las 24 horas tras iniciar tratamiento con cefotaxima y vancomicina: negativo

Hemograma: 14.000 leucocitos.

Proteína C Reactiva 16.3 ** mg/dL [0.0 - 1.2].

Se amplía cobertura antibiótica con cefotaxima + vancomicina, además corticoide IV (por 7 días) más mucolítico; la dosis antibiótica se pauta a cobertura meníngea y ósea.

Tras las 24 h iniciales de tratamiento disminuyen gradualmente el edema, eritema y las molestias oculares. Fue evaluada en conjunto con ORL (la fibroscopia nasal mostraba una fosa nasal izquierda amplia y limpia con buena visualización del meato medio, se añadió tratamiento vasoconstrictor nasal) y oftalmología, se mantuvo conducta expectante sobre drenaje quirúrgico vía endoscópica nasal, pero no fue preciso por la adecuada evolución clínico-analítica, se consensuó tratamiento IV 10 días y resto vía oral.

SINUSITIS AGUDA CON COMPLICACIÓN ORBITARIA



FIGURA 4: Edema palpebral a los 2 días de ingreso.

DISCUSIÓN

La sinusitis aguda es una infección localizada en la mucosa de uno o más senos paranasales (maxilar, etmoidal, frontal y esfenoidal), comienza con inflamación de las fosas nasales, después de un resfriado, constituyendo una rinosinusitis. Generalmente tiene un origen vírico y se resuelve espontáneamente en 7-10 días. Solo un pequeño porcentaje de dichas sinusitis se sobreinfectan en forma de sinusitis bacteriana. Las sinusitis bacterianas también son cuadros autolimitados: el 75% de los casos se resuelven sin tratamiento.

La clínica se caracteriza por la persistencia de síntomas de infección respiratoria con congestión nasal, secreción nasal purulenta, dolor facial, fiebre, dolor dentario maxilar e hinchazón facial. También puede existir cefalea frontal o maxilar que típicamente empeora al agachar la cabeza.

Un tipo especial de sinusitis localizada es la etmoiditis, sobre todo en los niños. Debido a que las paredes del

etmoides son delgadas, especialmente la externa llamada lámina papirácea (delgada como el papiro), colindante con la órbita. Además, el sistema venoso oftálmico, sin válvulas, permite una comunicación vascular extensa entre el seno cavernoso, la órbita y los senos paranasales. Debido a estos dos factores, los pacientes con etmoiditis tienen un riesgo mayor de desarrollar las siguientes complicaciones orbitarias:

- *Edema inflamatorio*: edema palpebral con cambios cutáneos mínimos, sin dolor ni disminución visual ni limitación de los movimientos oculares.
- *Celulitis orbitaria*: infiltrado de células inflamatorias y bacterianas por dentro del septo orbitario, con grados variables de exoftalmía, quemosis, limitación de los movimientos oculares y/o pérdida visual.
- *Absceso subperióstico*: material purulento entre el hueso de la pared orbitaria y la capa resistente, pero poco adherente del periostio de revestimiento. Intenso exoftalmos con motilidad ocular muy limitada, pudiendo disminuir la agudeza visual.
- *Absceso orbitario*: consolidación del contenido purulento en los tejidos de la órbita existiendo exoftalmía intensa y quemosis, oftalmoplejía completa y rápida pérdida de la agudeza visual.
- *Tromboflebitis del seno cavernoso*: extensión endocraneal del proceso infeccioso. Intensa exoftalmía, pérdida total de la visión ocular y fijación ocular, estando la visión contralateral comprometida siendo el estado general del paciente crítico.

BIBLIOGRAFÍA

- Mañós Pujol M, Mañós Gonzalbo M. Complicaciones de la sinusitis. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 2000; 49: 569-589.
- Gwaltney JM Jr. Acute community-acquired sinusitis. Clin Infect Dis 1996; 23: 1209.
- Hamory BH, Sande MA, Sydnor A Jr et al. Etiology and antimicrobial therapy of acute maxillary sinusitis. J Infect Dis 1979; 139: 197.
- Piccirillo JM. Clinical practice. Acute bacterial sinusitis. N Engl J Med 2004; 351: 902.
- Hicker JM, Bartlett JG, Besser RE et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: Ann Intern Med 2001; 134: 498.
- Williams JW Jr, Aguilar C, Cornell J et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database Syst Rev 2003: CD000243.
- www.fisterra.com: Guía clínica de sinusitis.