

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CIEGO DE AVILA  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"

**Presentación de un caso de celulitis orbitaria provocado por Sinusitis.  
A case report of a complications of sinusitis.**

Luis Ernesto Pérez Paz. Especialista (1), Francisco Álvarez Morales (1), Frank Álvarez Llambia (2), Marcos Antonio Hernández Palmero(3).

**RESUMEN**

Se presenta un caso de complicación tras sinusitis aguda, en un enfermo de 15 años de edad, raza blanca, masculino, con antecedentes de salud anterior que fue intervenido quirúrgicamente en nuestro servicio por una complicación orbitaria. Se realizan posteriormente diversas consideraciones en relación con ellas.

1. Especialista en 1er grado en ORL.
2. Médico General
3. Residente de 3er año MGI.

**INTRODUCCION**

Las sinusitis son patologías relativamente frecuentes en nuestro medio, a pesar de eso no es frecuente que se produzcan complicaciones en el momento actual, todo lo cual es debido al desarrollo alcanzado en la terapia antibiótica, sin embargo, en el caso de producirse suelen ser, en general de gravedad, siendo por tanto muy importante la detención precoz.

La incidencia de esta patología resulta de gran complejidad, ya que estos pacientes son tratados en la actualidad por ORL, Pediatras, Internistas, Médicos Generales y solo en casos graves o complicados son remitidos a centros hospitalarios(1).

Los senos más afectados en procesos complicados suelen ser el seno frontal y los etmoidales (antero-medio-posteriores).

En la literatura mundial se discuten como vía de propagación mas frecuente:

- 1- Vía Hematógena: Favorecida porque el sistema venoso oftálmico está desprovisto de válvulas, lo que favorece la diseminación del proceso infeccioso.
- 2- Por Contigüidad: A través de las paredes óseas; bien sea por dehiscencias naturales o por roturas osteicas.
- 3- Vía Linfática: No muy aceptadas por los diferentes autores.

Clásicamente las complicaciones de las Sinusitis se han dividido en dos grandes grupos.

1- Complicaciones a distancia: De una gran rareza, son consecutivos a una septicemia (2); pueden dar manifestaciones en distintas zonas del organismo, siendo las más frecuentes en el aparato respiratorio, aparato digestivo y en el aparato circulatorio.

2- Complicaciones de vecindad:

a) De las estructuras óseas: Se ven favorecidas por la vascularización del diploe. Existen varias formas clínicas dependiendo de la difusión del proceso, así están: la osteítis rarificantes, le osteítis hiperplásica y la osteomielitis.

b) Orbitarias: La clasificación más aceptada de la propuesta por Chandler (3); que divide las infecciones orbitarias en cuatro grupos, según los estudios evolutivos de la enfermedad, para ello se deben tener en cuenta y por tanto vigilar y explorar con especial atención: la curva febril; agudeza visual; movilidad ocular y la sensibilidad corneal(4). Según esto se dividen en:

- Edema inflamatorio
- Celulitis orbitaria
- Abceso subperióstico

Abceso orbitario

Otros: neuritis óptica, dacriostitis, iritis, iridociclítis(5).

c) Intracraneales: Este tipo entraña una mayor gravedad que las anteriores, previo a la era preantibiótica tenía una mortalidad de 80-90%, actualmente no pasa el 40%(1).

Se pueden presentar de diferentes formas:

Meningitis purulenta.

Abceso epidurales y subdurales.

Abcesos intracerebrales.

Flebitis del seno cavernoso.

Formas combinadas.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Se trata de un paciente de 15 años de edad, llamado Alexis Díaz Cruz, blanco, masculino con HC-490929, con antecedentes de ser asmático controlado con aminofilina que hace mas ó menos 10 días acude al servicio de urgencia del Hospital Provincial de Ciego de Ávila "Dr. Antonio Luaces Iraola" por presentar cefalea frontal izquierda acompañada de dolor pulsátil del ojo izquierdo y edema palpebral de ese mismo lado, que no mejora con un tratamiento de penicilina rapilenta, analgésicos y antiinflamatorios, así como gotas nasales y vaporizaciones.

## **RESULTADOS**

Por inspección se observaba un edema palpebral superior izquierdo acompañado de una tumoración frontal de ese mismo lado, dolorosa a la palpación y con signos flogísticos agudos. La movilidad ocular, el reflejo corneal y la agudeza visual eran normales.

Por rinoscopia anterior se observaba secreción purulenta en la fosa nasal izquierda que ocupaba la misma forma parcial de la cual se toma una muestra para cultivo, dando como resultado un estafilococo coagulasa negativo patógeno.

En el Hemograma se apreciaban alteraciones de interés como una leucocitosis de  $16.8 \times 10^9$  g/l. A predominio de segmentado 0.04 y una eritrosedimentación en 36 mm, y la temperatura era de  $39,1/2.^{\circ}\text{C}$  y  $40^{\circ}\text{C}$ . Se obtuvo en los hemocultivos un pico febril en estafilococo coagulasa negativo patógeno.

Al Rx de senos perinasales se observaba un borramiento marginal del seno maxilar izquierdo y opacidad del etmoides izquierdo; sin embargo el seno frontal izquierdo no se aprecia afectado.

En la TAC de seno perinasales, fosas nasales y orbitaria se apreció una ocupación del seno frontal izquierdo así como el etmoide y seno maxilar izquierdo por un material homogéneo y de mediana intensidad además de una solución de continuidad en la pared anterior del seno frontal por lo que dicho material había salido desplazando hacia fuera la zona de piel correspondiente, seno frontal derecho normal, no se pudo obtener la Rx por no disponer de la misma.

Con todos estos datos semiológicos imagenológicos fue diagnosticada una pan sinusitis izquierda orbitaria con un abceso subperióstico instaurándose un tratamiento a base de antibióticos por vía intravenosa (Rosephyn, Amikacina y Metronidazol) y antiinflamatorios por 7 días, al finalizar esto la mejoría clínica es muy poca, por lo que se decidió por parte del colectivo el tratamiento quirúrgico de la lesión la cual se realizó en un solo tiempo, incidiendo el abceso y realizando la apertura del seno. El abordaje quirúrgico se realizó mediante incisión supraorbitaria no pudiendo realizar un colgajo osteoplástico frontal por destrucción casi total de la pared anterior del seno. Se procedió a la limpieza del mismo con permeabilización del infundíbulo frontal tomando el contenido precedente para cultivo el cual resulto negativo.

## **DISCUSION**

Las complicaciones tras sinusitis aguda, suelen aparecer con mayor frecuencia en las tres primeras décadas de la vida (1,6,7). En general las complicaciones orbitarias son de 3 a 5 veces mas frecuentes que las intracraneales(1). No parece que exista predominio en un sexo específico aunque sí se ha demostrado la mayor frecuencia de varones en las complicaciones intracraneales (6,7).

En nuestro paciente es importante destacar la coincidencia de obtener cultivos positivos a nivel de las fosas nasales que se corresponden con el Hemocultivo. Otros autores con mayor número de casos,

coinciden en que alrededor del 30-40 por 100 de los cultivos de pus de fosas nasales, vienen a ser negativos (8). Esto puede estar en relación con la terapia antibiótica que en general reciben estos pacientes previamente a la toma de muestras. En cuanto al tipo de germen encontrado (estafilococo coagulasa negativo- patógeno) los microorganismos aislados con mayor frecuencia en estos procesos, suelen ser: estafilococos; (estreptococos, viridans), estafilococos coagulasa negativo y bacterias gram negativas (fundamentalmente pseudomona aeruginosa) (8). En pacientes jóvenes el germen más frecuentemente aislado es el haemophilus influenzae sobre todo del tipo B (8); la literatura actual registra que se han detectado en un número importante de pacientes gérmenes anaerobios (7,8). Además de esto hay que mencionar que los cultivos tomados en cavidades abiertas como las fosas nasales, a veces nos da un resultado equívoco debido a que frecuentemente suelen estar contaminados (9).

Es importante destacar la relación entre fístula en la pared anterior del hueso frontal y el absceso subperióstico, era difícil explicar la aparición de un absceso palpebral con exploración ocular normal. Sin la presencia de una fístula en la pared anterior del seno frontal que permitiese la salida de pus de dicho seno y su acumulación en una zona declive que en este caso sería el párpado, pensando que el origen de la fístula está en relación con la destrucción de la pared anterior del seno frontal. Si, como en nuestro caso, el proceso sinusal no mejora con el tratamiento médico, aunque el estado neurológico y general sea malo, el tratamiento del foco sinusal según nuestro criterio, debe llevarse a cabo.

El tratamiento quirúrgico constituye el pilar más importante en esta patología con extirpación completa de todo el tejido enfermo, comprobando y asegurando la permeabilidad del ostium de drenaje.

#### **ABSTRACT**

The case of complication after acute sinusitis is presented of a white fifteen-year-old male patient with history of prior healthy state, who underwent surgical intervention at our clinic due to an orbital complication. Further consideration were also made regarding them.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1- Morgan PR, Morrison WJ. Complications of frontal and ethmoid sinusitis. Laryngoscope 1999; 90:661-666.
- 2- Claros P, Claros A, García Tornel S. Sepsis de origen sinusal. Anal ORL Ileur-Amer 1998; 6:685-694.
- 3- Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope 1999; 80:1414-1428.
- 4- Tairen M. Estudio de las complicaciones orbitarias de las sinusitis. Urgencias en otorrinolaringología. Santa Cruz de Tenerife; 1998.
- 5- Brook I, Freidman EM, Rodriguez WJ, Controni G. Complications of sinusitis in children. Pediatric 1997; 66:568-572.
- 6- Mills R. Orbital and periorbital sepsis. The journal laryngology and otology 1999;101: 1242-1247.
- 7- Antonie GA, Grundrast KM. Periorbital cellulitis. Journal of pediatric otorhinolaryngology 1999;13:273-278.
- 8- Jarrard, GW. Orbital complications of ethmoiditis. Otolaryngol Clin N Am 1998; 18:139-147.

## ANEXOS

Foto 1: Rayos X Lateral de **S P M**

Donde se observa abumbamiento en la región frontal.



Foto 2 : Rayos X de S P N (Frontonasoplaca)

Donde se observa pansinucitis izquierda con destrucción de ángulo interno de la órbita.

