

Celulitis orbitaria y SIDA. Presentación de un caso. Orbital cellulite and AIDS. A case review.

Reinaldo L. Rivero Reyes (1), Arcides A. Varela Valdés (2)

RESUMEN

Es presentado el caso de una paciente de 33 años de edad con antecedentes de salud anterior y cuya primera y única manifestación de la Retrovirosis resultó ser una Celulitis Orbitaria sin foco séptico demostrable como causa.

1. Esp. 1º Grado Oftalmología. Oftalmólogo del Hospital Central de Cabinda. República de Angola.
2. Esp. 1º Grado Medicina Interna. Intensivista del Hospital Prov. Ciego de Ávila.

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de Exoftalmia monocular, debemos hacer el Diagnóstico Diferencial entre las causas oculares y extra- oculares. En estas últimas, los tumores de la órbita ocupan un lugar preponderante. La forma de la exoftalmía, la dirección de su crecimiento, la incapacidad del movimiento ocular que produce y la existencia o no de compromiso ocular, ayudan en el diagnóstico, en la terapéutica a seguir y en el pronóstico. A veces, la diferenciación resulta difícil, como en el caso del Sarcoma Orbitario, el Linfoma Orbitario y el Seudo tumor Orbitario, al extremo de ser necesarias no sólo la ecografía, sino también la Tomografía y la Resonancia Magnética para definirlo (1, 2)

En los centros hospitalarios donde no existen estos medios técnicos de diagnóstico, son la experiencia, los antecedentes o la terapéutica instituida los que deciden. Está descrito que una de las alteraciones oftalmológicas producidas por el virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la Celulitis Orbitaria (3)

Aunque no sea de las alteraciones más frecuentes, puede ser la primera manifestación como es el caso que presentamos:

PRESENTACIÓN

Paciente A.L., femenina, negra, de 33 años de edad, con antecedentes e salud anterior que llegó a la consulta de oftalmología del Hospital Central de Cabinda (HCC) el día 4 de julio de 2002 quejándose de sufrir fiebre desde el día anterior que fueron seguidas por gran inflamación de los párpados en la mañana del día de la consulta, acompañados de dolores periorbitarios.

Antecedentes Patológicos Familiares: Esposo fallecido por "Retrovirosis".

Exame Físico:

Agudeza Visual

{ OD: 1,0 OI

: 0,8

OD: Normal.

OI :Edema moderado de los párpados. Ligero dolor a la palpación del reborde orbitario y la región superciliar superior. El resto del examen fue normal.

Se le indicaron análisis de urgencia (Hemograma, Malaria y Filaria, los únicos que se hacen de urgencia en este hospital) y fueron todos normales. Por tanto, se le indicó tratamiento con analgésicos, antibióticos y colirio esteroide (Hidrocortisona) y nueva evaluación a los 7 días.

Cuatro días después de la primera consulta, la paciente volvió al Hospital pero al Servicio de Urgencia con un cuadro de Toma del estado general, fiebre alta y severa inflamación de los párpados del ojo izquierdo acompañados de fuertes dolores orbitarios y hemicráneas izquierdas.

El examen físico general realizado en la Sala de Reanimación (Cuidados Especiales) donde fue hospitalizada, no aportó dato ninguno de alteración de órganos o sistemas, sólo fiebre muy alta (39,8° C) y taquicardia.

Al examen oftalmológico vimos:

Gran inflamación y enrojecimiento del párpado del ojo izquierdo que provoca ptosis palpebral superior grado III (caída del párpado) y del párpado inferior. Inflamación edematosa de la piel de las regiones frontal, temporal y maxilar superior izquierdas.

Se planteó el diagnóstico de Celulitis Orbitaria Izquierda y, por tanto, fue indicado tratamiento basado en antibióticos de amplio espectro (colirios, orales y EV), vitaminoterapia y anti- inflamatorios orales e inmunoglobulinas hiper- inmunes (EV, INTACGLOBIN) con el cual tuvo una evolución satisfactoria. A los 7 días del ingreso, sólo tenía ptosis grado II del párpado superior con hematoma en re- absorción y la visión no resultó dañada.

Los resultados de los análisis de laboratorio indicados en sala fueron normales, excepto la Eritrosedimentación (100 mm/h) y el VIH (positivo)

El día 15 de julio/02 fue de alta hospitalaria para su casa con tratamiento de antibióticos y anti- inflamatorios. En la consulta evolutiva del 22/07/02, observamos mejoría

Evidente del cuadro inflamatorio palpebral, quedando una ligera hipotropía (desvío del ojo hacia abajo) e discreto enrojecimiento ocular. El examen clínico general continuaba siendo normal.

CONSIDERACIONES FINALES

El hecho de haber resuelto el cuadro infeccioso con antibióticos, pero, además, con inmunoglobulinas, tener la Eritrosedimentación en 100mm/h y el VIH positivo más el antecedente de haber fallecido su esposo a consecuencia del virus de la inmunodeficiencia adquirida, hacen de esta paciente un ejemplo de Celulitis Orbitaria como primera y, hasta el momento única manifestación de SIDA por lo cual debe continuar bajo observación frecuente.

ABSTRACT

A case of a female 33 years old patients is reviewed. Shi presented previous health antecedents and whose first and only manifestation of retrovirus was an orbitary cellulite without a septic focus shown as a cause.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanski JJ, Nischal KK. Oftalmología. Sinais Clínicos e Diagnóstico Diferencial. 1º ed. Brasileira. São Paulo: Manole; 2000.
2. Spalton DJ, Hitchings RA, Hunter PA. Atlas
3. Colorido de Clínica Oftalmológica. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1998.
4. Freiras Esteves J, Telichevesky N, Kwito S. Rotinas em Oftalmologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1998. CA Cancer J Clin 1998;48:629.
6. Percy C, Van Holten V, Muir C. International classification of diseases for oncology. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1990.
7. Albores-Saavedra J, Henson DE, Sobin LH. Histological typing of tumours of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1991.
8. Nakeeb A, Pitt HA, Sohn TA. Cholangiocarcinoma: a spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. Ann Surg 1996;224:463-475.
9. Klatskin G. Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis: an unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. Am J Med 1965;38:241-256.
10. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. Ann Surg 1992;215:31-38

11. Pitt HA, Dooley WC, Yeo CJ, Cameron JL. Malignancies of the biliary tree. *Curr Probl Surg* 1995;32:1-90
12. Henson DE, Albores-Saavedra J, Corle D. Carcinoma of the gallbladder: histologic types, stage of disease, grade, and survival rates. *Cancer* 1992;70:1493-1497
13. Tumors of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. In: Albores-Saavedra J, Henson DE. *Atlas of tumor pathology*. 2nd series. Fascicle 22. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1986.
14. Tumors of the liver and intrahepatic bile ducts. In: Craig JR, Peters RL, Edmondson HA. *Atlas of tumor pathology*. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1989.
15. Segarra P, Abril V, Gil M, Ortega E, Ballester JE, Traves V. Sarcoma de Kaposi de la vía biliar sin afectación cutánea en paciente con SIDA. *Rev Esp Enferm Dig* 1996;88:637-639.
16. O'Boyle MK. Gallbladder wall mass on sonography representing large-cell non-Hodgkin's lymphoma in an AIDS patient. *J Ultrasound Med* 1994;13:67-68
17. Fleming ID, Cooper JS, Henson DE. *AJCC cancer staging manual*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
18. Adson MA. Carcinoma of the gallbladder. *Surg Clin North Am* 1973;53:1203-1216.
19. Zatonski WA, Lowenfels AB, Boyle P. Epidemiologic aspects of gallbladder cancer: a case-control study of the SEARCH Program of the International Agency for Research on Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:1132-1138
20. Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, Townsend G, Domellof L. Gallstone growth, size, and risk of gallbladder cancer: an interracial study. *Int J Epidemiol* 1989;18:50-54.
21. Ransohoff DF, Gracie WA. Treatment of gallstones. *Ann Intern Med* 1993;119:606-619.
22. Csendes A, Becerra M, Burdiles P, Demian I, Bancalari K, Csendes P. Bacteriological studies of bile from the gallbladder in patients with carcinoma of the gallbladder, cholelithiasis, common bile duct stones and no gallstones disease. *Eur J Surg* 1994;160:363-367.
23. Nath G, Singh H, Shukla VK. Chronic typhoid carriage and carcinoma of the gallbladder. *Eur J Cancer Prev* 1997;6:557-559.
24. Strom BL, Soloway RD, Rios-Dalenz JL. Risk factors for gallbladder cancer: an international collaborative case-control study. *Cancer* 1995;76:1747-1756.
25. Dutta U, Garg PK, Kumar R, Tandon RK. Chronic salmonella typhi carrier state and cholelithiasis: cofactors in the pathogenesis of carcinoma of the gallbladder. *Digestion* 1998;59:Suppl 3:576-576.
26. Chijiwa K, Tanaka M. Polypoid lesion of the gallbladder: indications of carcinoma and outcome after surgery for malignant polypoid lesion. *Int Surg* 1994;79:106-109.
27. Polk HC. Carcinoma and the calcified gall bladder. *Gastroenterology* 1966;50:582-585.
28. Chijiwa K, Kimura H, Tanaka M. Malignant potential of the gallbladder in patients with anomalous pancreaticobiliary ductal junction: the difference in risk between patients with and without choledochal cyst. *Int Surg* 1995;80:61-64.
29. Kornfeld D, Ekbohm A, Ihre T. Survival and risk of cholangiocarcinoma in patients with primary sclerosing cholangitis: a population-based study. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:1042-1045.