

Absceso orbitario-palpebral. La rinosinusitis aguda no se curó

Orbitary-palpebral abscess. Acute rhinosinusitis was not healed

Miguel Alberto Rodríguez Pérez • Eulalia Porras Alonso

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 20 años atendido en Urgencias Hospitalarias por un cuadro de proptosis y edema palpebral derecho, enrojecimiento cutáneo local y con fluctuación en la palpación, junto a fiebre y síntomas de proceso catarral concurrente. Había padecido un cuadro de rinosinusitis aguda severa con abundante mucosidad nasal durante las semanas previas que, dada la evolución, no fue bien tratada.

Discusión: tras TC y diagnóstico de absceso orbitario como complicación de rinosinusitis aguda, se llevó a cabo drenaje quirúrgico y adecuado tratamiento antibiótico/corticoideo intravenoso. El paciente recuperó su condición habitual de salud en pocos días, y en términos de estudio microbiológico, hubo positividad para gérmenes aerobios y anaerobios (*Streptococcus intermedius* y *Eikenella corrodens*).

Palabras clave: absceso, edema, ocular, párpado, rinosinusitis.

ABSTRACT

Case Report: We present a case report in a 20-year-old boy who attended the Emergency Unit with proptosis, redness and right-eye-swelling, fluctuating in palpation, accompanied by fever and moderate flu symptoms. He had been suffering from a severe acute rhinosinusitis with abundant nasal mucus for some weeks before, that regarding the evolution, was undertreated.

Discussion: After CT scan and diagnosis of orbitary abscess as a result of an acute rhinosinusitis complication, the patient underwent surgical drainage and appropriate intravenous antibiotic and corticosteroid therapy. He recovered in a few days, and the microbiology results revealed aerobic and anaerobic germs (*Streptococcus intermedius* and *Eikenella corrodens*).

Keywords: abscess, edema, eyeball, eyelid, rhinosinusitis.

INTRODUCCIÓN

El siguiente caso presenta un ejemplo de una patología valorada y tratada prácticamente a diario en las Urgencias hospitalarias y de Atención Primaria, así como en todos los Servicios de ORL a nivel global como es la rinosinusitis aguda. Suele tener una evolución satisfactoria en la mayoría de los casos con el tratamiento y la información al paciente adecuada, pero puede en ocasiones derivar hacia complicaciones indeseadas y potencialmente graves si no se han tomado las medidas acertadas en primera instancia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 20 años atendido en Urgencias de nuestro Hospital por cuadro de proptosis y edema palpebral derecho doloroso y progresivo de 1 mes de evolución con difícil apertura, asociado a enrojecimiento cutáneo local y tumefacción, con evidente fluctuación en la palpación, junto a fiebre y proceso catarral con abundante mucosidad nasosinusal desde hace varias semanas. (Fig. 1).

Había sido tratado durante 25 días por su Médico de Familia con antibióticos orales (amoxiclavulánico) sin mejoría, y también había consultado ya en Urgencias, donde se le instauró igualmente tratamiento antibiótico sistémico durante la semana anterior completa.

En la segunda ocasión que acudió a Urgencias ya fue valorado por Oftalmología, sin evidenciar pérdida de movilidad o agudeza visual, siendo esta Unidad quien remitió al paciente a ORL con carácter urgente.

En endoscopia nasal se apreció severa desviación septal

Miguel Alberto Rodríguez Pérez

Facultativo Especialista de Área - Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

Eulalia Porras Alonso

Directora de Unidad - Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

Correspondència

Miguel Alberto Rodríguez Pérez.
otomiguel@hotmail.es
Jerez de la Frontera, Cádiz. España

Artigo recebido a 28 de julho de 2017. Aceite para publicação a 31 de julho de 2017.

FIGURA 1

Rubor, edema y tumefacción de párpado superior derecho, sin signos de picadura o herida previa.

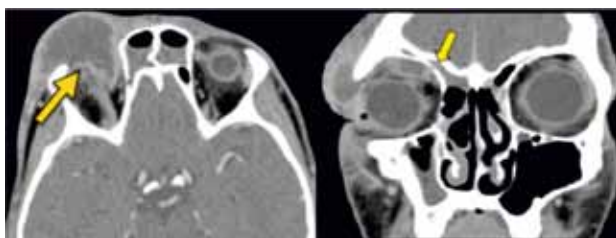


osteocartilaginosa hacia fosa nasal derecha, contactando con cornetes medio/superior, ambos hipertróficos, bloqueando drenaje de senos maxilares/etmoidales/frontales. Ambas fosas estaban ocupadas por abundante mucosidad nasosinusal verdosa, filante y espesa.

TC c/c senos paranasales/órbitas urgente: "colección líquida órbita derecha afectando espacio extraconal superior (retroseptal), alcanzando región palpebral (preseptal), mostrando realce fino de paredes, midiendo 4x3'5x3cm, desplazando musculatura extraconal, glándula lacrimal y globo ocular. Ocupación de senos frontales con nivel hidroaéreo y disrupción focal de pared lateral del seno frontal derecho de 3mm comunicando con la colección descrita". (Fig. 2).

FIGURA 2

Imágenes de TC de senos/órbita mostrando la afectación y contenido purulento de la cavidad orbitaria y senos. La flecha indica la posible vía de entrada infecciosa.



Dado el diagnóstico final de absceso orbitario como complicación de rinosinusitis aguda, se realizó drenaje quirúrgico y lavado bajo anestesia local, ingresando al paciente con tratamiento intravenoso antibiótico (clindamicina/gentamicina) y corticoideo (metilprednisolona), remitiendo la clínica en 3 días, dándose de alta con tratamiento antibiótico y corticoideo oral y nasal.

El cultivo microbiológico resultó positivo para gérmenes aerobios (*Streptococcus intermedius*), y anaerobios (*Eikenella corrodens*).

Actualmente el absceso está resuelto, el paciente asintomático y con aspecto ocular normal. (Fig. 3).

Tras revisión ORL, incluyendo TC, se procederá a cirugía endoscópica nasosinusal para corrección de lesiones óseas nasosinuales y así evitar posibles futuras repeticiones del cuadro.

FIGURA 3

Aspecto ocular 3 semanas tras el alta, habiendo finalizado el tratamiento.



DISCUSIÓN

Es importante destacar el peso de una patología como la rinosinusitis aguda, que en este caso evoluciona de forma indeseada. Podemos considerar que aproximadamente 2% de consultas en Medicina 1ª de toda Europa son procesos nasosinuales agudos.^{1,2}

Puede definirse como "inflamación con duración <12 semanas de fosas y senos nasales con 2 ó más síntomas, 1 de los cuales debe ser: bloqueo nasal, obstrucción, congestión o secreción, asociado o no a dolor o presión facial y disminución o pérdida de olfato. Además, signos endoscópicos de pólipos, secreción mucopurulenta, edema u obstrucción mucosa, y/o alteraciones en TC".

Está considerada una de las principales causas de patología orbitaria infantil/adolescente, suponiendo la 1ª etiología en 74-85% de casos.³

Así, podemos hacernos idea de los enormes costes económicos y recursos necesarios para su atención y tratamiento. Hasta el 92% recibe tratamiento antibiótico (Ashworth et al 2005).

La mayoría de infecciones nasosinuales son virales, básicamente rinovirus, influenza, parainfluenza, o respiratorio sincitial; siendo las bacterias responsables en sobreinfecciones, sobre todo *Streptococcus pneumoniae* (41%) o *Haemophilus influenzae* (35%). También *Moraxella catarrhalis*, otros *Streptococcus* o *Staphylococcus aureus*.⁴

Alergias, variaciones anatómicas (deformidades septonasales), condiciones ambientales, cambios estacionales o tabaquismo pueden ser factores predisponentes.

En cuanto a las complicaciones, debemos saber que aunque poco frecuentes, pueden presentar secuelas muy serias. En la era pre-antibiótica, 17% de pacientes con afectación orbitaria padecían meningitis, y 20% ceguera permanente.⁵

Obviamente, estas tasas han mejorado, descendiendo las alteraciones visuales al 3-11%, y mortalidad al 1-2,5%.⁵

La comunicación desde senos paranasales, más frecuentemente etmoidales o frontales, puede ser directa atravesando láminas óseas rotas o por dehiscencias congénitas, o vía hematogena por el sistema venoso oftálmico avalvular.

El hecho de que habitualmente sean unilaterales podría ser explicado por la existencia de las asimetrías o malformaciones anatómicas citadas, ambas demostrables y halladas frecuentemente en exploración o radiología.

Según la gravedad, la Clasificación de Chandler (1970)^{6,7} establece 5 niveles:

I: edema inflamatorio.

II: celulitis orbitaria.

III: absceso subperióstico (complicación intraorbitaria más común, según Reid, 2004).

IV: absceso intraorbitario.

V: trombosis del seno cavernoso.

Además de completa exploración ORL y Oftalmología, debe realizarse estudio de imagen, preferiblemente TC.

Si se confirma absceso está indicado drenaje quirúrgico, bien mediante técnicas externas o cirugía endoscópica.

La ausencia de tratamiento adecuado puede provocar afectación del seno cavernoso, con trombosis y extensión orbitaria bilateral.

En cualquier caso, existe controversia en cuanto a plantear cirugía en casos con afectación leve/moderada, planteándose para ellos tratamiento conservador con antibióticos sistémicos y tratamiento local.

Esta corriente propone reservar la cirugía para casos con hallazgos oftalmológicos avanzados (pérdida de agudeza visual, proptosis >5mm, hipertensión ocular, oftalmoplejia) o abscesos de gran tamaño (>10mm).⁶

Diferentes estudios y revisiones afirman que otras terapias como antihistamínicos o descongestionantes no son válidas, al contrario que los lavados nasosinuales con suero salino fisiológico, sí recomendados.⁴

En nuestro caso, consideramos adecuada la realización de cirugía endoscópica nasosinusal electiva para resolver de forma definitiva y efectiva las lesiones óseas nasoseptales, sinusales y de cornetes, que faciliten la ventilación y limpieza de fosas y senos, evitando posibles cuadros futuros similares.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Referências bibliográficas

1 - Lindbaek M. "Acute sinusitis: guide to selection of antibacterial therapy". *Drugs* 2004; 64(8):805–819.

2 - Gavriel, H; Jabrin, B; Eviatar, E. "Management of superior subperiosteal orbital abscess". *Eur Arch Otorhinolaryngol*. DOI 10.1007/s00405-015-3557-1.

3 - Kinis, V; Ozbay, M; Bakir, S. "Management of orbital complications of sinusitis in pediatric patients". *J. Craniofac. Surg.* (2013). 24, 1706-1710.

4 - Foden, N; Burgess, C; Shepherd, K; Almeyda, R. "A guide to the management of acute rhinosinusitis in primary care management strategy based on best evidence and recent European guidelines". *British Journal of General Practice* 2013;63: 611–613.

5 - Singh, SK; James, E; Sabarigirish, K; Swami, H. "Bilateral orbital complications of paediatric rhinosinusitis". *Medical Journal Armed Forces India*. 70 (2014). 68-72.

6 - Nomura, K; Honkura, Y; Ozawa, D. "Endoscopic Drainage of Orbital subperiosteal Hematoma Secondary to Acute Rhinosinusitis in a Child". *Tohoku J. Exp. Med.*, 2014, 233, 171-174.

7 - Carifi, M; Carifi, G. "Subperiosteal Abscess of the Orbit: Duration of Intravenous Antibiotic Therapy in Nonsurgical Cases". *Ophtal Plast Reconstr Surg*, Vol. 28, No. 5, 2012.7.