

Casos y notas clínicas



Hablemos de infecciones oftalmológicas...

Raquel Plácido Paías^a (autor principal), Javier García Vázquez^b, Amparo Montero Salas^c

^aMédico Adjunto de Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida (Badajoz).

^bMédico Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida (Badajoz)

^cMédico Pediatra Adjunto, Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida (Badajoz).

Autor para correspondencia: Raquel Plácido Paías. E-mail: raquelpaias@gmail.com.

Recibido 14-11-20016 Aceptado: 31-1-2017

Vox Paediatrica 2017; XXIV (I): páginas 42-44

Resumen: La infección orbitaria (IO) es una urgencia oftalmológica que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz, así como un manejo multidisciplinar entre pediatra, oftalmólogo y otorrinolaringólogo, debido al riesgo de complicaciones potencialmente fatales.

Palabras clave: Sinusitis, celulitis orbitaria, exoftalmos.

TITLE: Let's talk about ophthalmic infections...

Abstract: Orbital infection (OI) is an ophthalmological emergency requiring early diagnosis and treatment, as well as multidisciplinary management between a pediatrician, ophthalmologist and otolaryngologist, due to the risk of potentially fatal complications.

Keywords: sinusitis, orbital cellulitis, exophthalmos.

Introducción

La infección orbitaria (IO) es una urgencia oftalmológica y requiere un estudio completo para delimitar la localización anatómica de la reacción inflamatoria, ya que en función de la afectación, el manejo y tratamiento serán diferentes. El abordaje multidisciplinario entre pediatra, oftalmólogo y otorrinolaringólogo es fundamental, así como la instauración precoz del tratamiento para mejorar el pronóstico y disminuir el riesgo de complicaciones potencialmente fatales¹⁻⁴.

La sinusitis aguda es la causa más común de IO, debido a la proximidad de los senos paranasales y de un sistema de drenaje venoso oftálmico sin válvulas que facilitan la diseminación hematógena de los microorganismos en caso de infección¹⁻⁸.

Caso clínico

Anamnesis: Niño de 6 años que consulta por fiebre y catarro de vías altas de 4 días de evolución. Desde hace 48h presenta hiperemia conjuntival derecha, lagrimeo e inflamación del párpado superior con empeoramiento en las últimas horas. Niega patología traumática previa. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés, salvo miopía corregida con lentes desde hace un mes. Vacunación correcta.

Exploración física: Peso: 20.8kg (p29); Talla 116cm (p27); FC 109 lpm; FR 16 rpm; TA 109/69mmHg. Buen estado general. Febril. Buena hidratación y perfusión. Normocoloreado. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Exoftalmos derecho con edema palpebral a tensión que

dificulta la apertura del ojo, así como los movimientos oculares. Muy doloroso a la palpación, con eritema e incremento de la temperatura local (fig 1).



Figura 1: exoftalmos derecho con edema palpebral a tensión, muy doloroso a la palpación con eritema e incremento de la temperatura local.

Pruebas complementarias al ingreso:

- Hemograma: leucocitosis (15700/ul) con neutrofilia (78.4%) y PCR 64,93 mg/l.
- TAC cerebral con contraste: ocupación completa de los senos esfenoidal, maxilar derechos y celdas etmoidales derechas. Engrosamiento de la mucosa de los cornetes nasales derechos y ocupación amplia de la fosa nasal derecha. No se aprecia claramente destrucción ósea. Exoftalmos derecho. Aumento de grosor de las partes blandas preseptales en órbita derecha. En situación postseptal, en parte interna de la órbita, se aprecia una densidad de partes blandas entre el recto interno y la lámina cribosa derecha sugestivo de celulitis postseptal (fig 2).



Figura 2: TAC cerebral se visualiza celulitis orbitaria derecha preseptal y postseptal. Sinusitis esfenoidal, maxilar y etmoidal derecha.

- RM craneal con gadolinio: Edema palpebral y proptosis derecha. Ocupación por secreción de los senos maxilares, esfenoidal, etmoidales derechos, en relación con sinusopatía inflamatoria, que asocia un defecto óseo en la lámina papirácea derecha, con formación de absceso subperióstico, y que desplaza medialmente al

músculo recto interno. En el parénquima cerebral no se aprecian áreas ni señales de resonancia anómalas (fig 3).

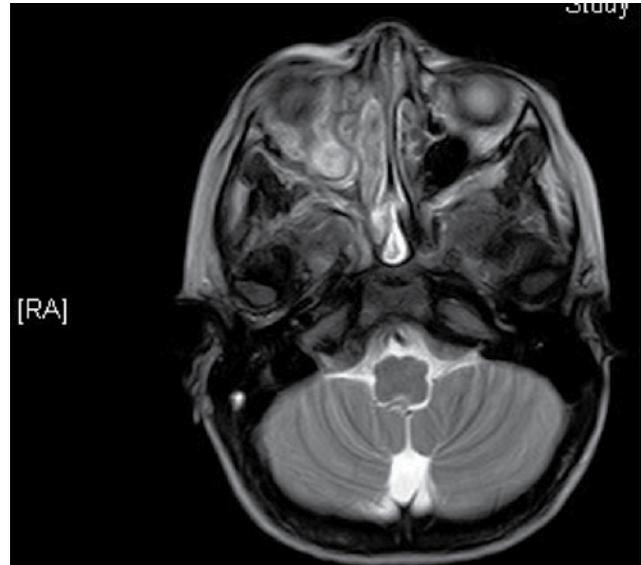


Figura 3: RMN craneal con contraste con gadolinio donde se identifica edema palpebral y proptosis derecha en relación con sinusopatía inflamatoria derecha, que asocia defecto óseo en la lámina papirácea derecha, con formación de absceso subperióstico, que desplaza medialmente al músculo recto interno.

- RM craneal con gadolinio de control: hiperséñal con engrosamiento mucoso a nivel de los celdillas etmoidales anteriores derecha, no identificándose en la actualidad alteraciones de señal en la grasa extraconal, ni absceso subperióstico. La musculatura extrínseca del ojo sin alteraciones. Se observa engrosamiento mucoso a nivel el seno esfenoidal y los senos maxilares.

Evolución: Se inicia antibioterapia endovenosa (Cefotaxima 200 mg/kg/día y Vancomicina 60 mg/kg/día) y tópica (Tobramicina colirio), metilprednisolona i.v. (1mg/kg/día), ibuprofeno oral (7 mg/kg/dosis) y budesonida nasal (64 mcg/ihn). Al segundo día de ingreso se realiza RMN craneal con contraste que se repite al 7º día. Buena evolución clínica, permaneciendo afebril tras las primeras 24 horas y recuperación completa de la movilidad y apertura ocular derecha. Valorado conjuntamente con el Servicio de Oftalmología y Otorrinolaringología. Alta al 14º día con antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico 80mg/kg/día), budesonida nasal 10 días más y descenso progresivo de corticoides orales. Seguimiento por consultas ambulatorias.

Comentarios

Existen varias clasificaciones dentro de las IO y todas contemplan la extensión anatómica del proceso infeccioso-inflamatorio en relación al septo orbitario^{4,5}. La clasificación clínico-radiológica establece 5 grupos: 1) celulitis periorbitaria o preseptal; 2) absceso subperióstico; 3) celulitis orbitaria (CO) o postseptal; 4) absceso orbitario; 5) parálisis oculomotrices aisladas del VI par

craneal y el síndrome del ápex orbitario^{1,2,6}. De este grupo, la CO es poco frecuente en pediatría, con una incidencia del 1-2%, existiendo una relación directa entre la edad del paciente y la gravedad del proceso. Aproximadamente el 80% de las CO ocurren en pacientes mayores de 5 años^{1,3,4,6,8}.

En nuestro medio, actualmente, los principales microorganismos causantes de IO son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* (*pneumoniae*, *viridans* y *pyogenes*), entre otros^{3,4,7}. La clínica puede ser sutil o relacionada con inflamación local y afección orbitaria (proptosis y oftalmoplejía) con o sin síntomas sistémicos. Un absceso no tratado puede conducir a la pérdida de la visión, extensión intracraneal, trombosis del seno cavernoso, absceso cerebral, o sepsis^{2,3,4,5,7,8}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. En caso de afectación orbitaria, la TAC craneal con contraste es de elección para confirmar el diagnóstico y valorar la evolución y las complicaciones. Debe solicitarse RMN craneal ante la aparición de deterioro clínico, falta de respuesta terapéutica, sospecha de sinusitis fúngica o complicación intracraneal^{1,2,3,4,6}.

El tratamiento debe ser enérgico, con antibioterapia empírica endovenosa, generalmente con cefotaxima/ceftriaxona/cefuroxima y cloxacilina. Si hay sospecha de infección por anaerobios, se debe asociar metronidazol. Otras alternativas son meropenem o amoxicilina-ácido clavulánico. Ante sospecha de *S. Aureus* meticilín-resistente, sustituir cloxacilina por vancomicina o linezolid o combinar uno de estos con meropenem. En general, se recomienda mantener el tratamiento hasta que se compruebe mejoría de los síntomas, aproximadamente 7 días, completándose oralmente, hasta 3 semanas^{6,7}. En casos concretos, y en la minoría, se puede valorar drenaje quirúrgico^{1,2,3,4,6}.

El pronóstico suele ser bueno en la mayoría de los

casos, dependiendo de la rapidez de instauración del tratamiento, elección correcta del mismo y extensión del proceso inicial⁸.

Bibliografía

- 1.- Soon VT. Pediatric subperiosteal orbital abscess secondary to acute sinusitis: a 5-year review. *Am J Otolaryngol* 2011; 32: 62-68.
- 2.- Eviatar E, Gavriel H, Pitaro K, Vaiman M, Goldman M, Kessler A. Conservative treatment in rhinosinusitis orbital complications in children aged 2 years and younger. *Rhinology*; 2008; 46: 334-337.
- 3.- Macías Parra M, González Saldaña N, Castro Pineda JA. Celulitis orbitaria secundaria a sinusitis: reporte de un caso. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* 2009; 23(90): 69-71.
- 4.- Benito Fernández J, Montejo Fernández M. Celulitis preseptal y orbitaria. *Pediatr Integral* 2014; 18(2): 108-114.
- 5.- Martínez Campos L, Albañil Ballesteros R, De la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 79(5):330.e1-330.e12.
- 6.- Gómez Campderá JA. Complicaciones de las sinusitis en la infancia. *An Pediatr, Monogr* 2003; 1(1):40-6.
- 7.- Sharma S, Josephson GD. Orbital Complications of Acute Sinusitis in Infants: A Systematic Review and Report of a Case. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014; 140(11):1070-1073.
- 8.- Schollin Ask L, Hultman Dennison S, Stjärne P, Granath A, Srivastava S, Eriksson M, et al. Most preschool children hospitalised for acute rhinosinusitis had orbital complications, more common in the youngest and among boys. *Acta Pædiatr* 2017; 106(2): 268-273.