

# 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.

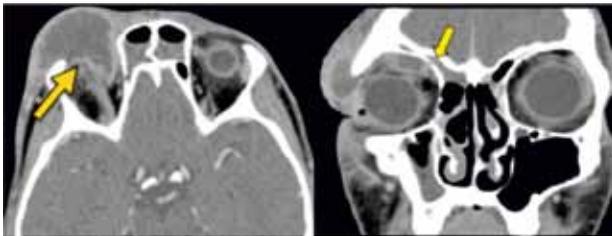


osteocartilaginosa hacia fosa nasal derecha, contactando con cornetes medio/superior, ambos hipertróficos, bloqueando drenaje de senos maxilares/etmoidales/frontales. Ambas fosas estaban ocupadas por abundante mucosidad nasosinusal verdosa, filante y espesa.

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.<sup>1,2</sup>

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.<sup>3</sup>

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 *Streptococo pneumoniae* (41%) o *Haemophilus influenza* (35%). También *Moraxella catarrhalis*, otros *Streptococo* o *Estafilococo aureus*.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

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

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)<sup>6,7</sup> 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).<sup>6</sup>

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.<sup>4</sup>

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.