

SINUSITIS AGUDA COM A CAUSA INFREQÜENT DE CEL·LULITIS PERIORBITÀRIA

Ana Martínez, Jaime Jimeno, Maite de Miguel, Estela Membrilla, Leyre Lorente, JJ Sancho, Luís Grande

Servei de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

INTRODUCCIÓ

La cel·lulitis periorbitària és una infecció greu de parts toves poc freqüent, però associada a emfisema orbitari és encara més rara, podent aparèixer després de traumàtic. Els sins etmoidals i maxil·lars són els que més freqüentment s'associen a complicacions a nivell orbitari. Presentem l'infreqüent cas d'un pacient que debuta amb emfisema i cel·lulitis periorbitària secundària a sinusitis aguda, així com la seva iconografia clínica i radiològica donada la seva capacitat formativa.

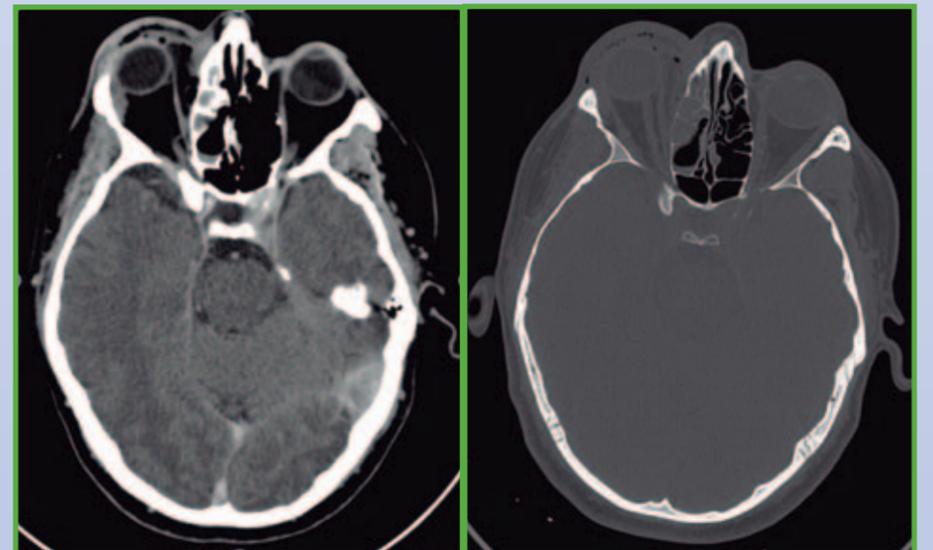
CAS CLÍNIC

Pacient de 35 anys amb antecedents de sinusitis crònica. Fumador de tabac i cànnabis i consumidor de cocaïna inhalada 2-3 vegades per setmana. Acut a urgències per aparició brusca i ràpidament progressiva d'edema palpebral violàcia en ull dret i dolor retrorbitari intens. A més, refereix rinorrea purulenta en les últimes setmanes associada a cefalea i febre de 38,3°C. A l'exploració presenta tumefacció amb exoftàlmia de l'ull dret i cel·lulitis periorbitària (Foto 1) amb extensió malar i frontal. A més el pacient presenta pupil·les en anisocòria per midriasis esquerra, reactives, sense dèficit campimètric ni d'agudes visual i diplopia amb limitació de la adducció de l'ull dret juntament amb ptosis palpebral dreta. En l'analítica destaca 23820 leucòcits amb 96% PMN i PCR 105mg/L. La TC cranial informa d'ocupació de sins maxil·lar, frontal i etmoidals drets i presència d'emfisema retrorbitari (Foto 2). A més, es realitza angiòRM venosa per a estudi de si cavernós que descarta l'existència de tromboflebitis d'aquest. Amb el diagnòstic de cel·lulitis periorbitària possiblement secundari a sinusitis aguda s'inicia tractament empíric d'ampli espectre amb Vancomicina i Piperacilina-Tazobactam a fi de cobrir gèrmens poc freqüents com *Pseudomonas aeruginosa*, a l'espera de resultats dels cultius, associada a corticoteràpia amb Dexametasona. El pacient presenta molt bona evolució, amb resolució de la clínica de tercer parell cranial en menys de 24h de tractament, així com disminució de l'edema. Analíticament s'observa una normalització progressiva de paràmetres inflamatoris. En els cultius realitzats d'aspirats de material purulent sinusal s'aïllen *Staphylococcus aureus* meticilin sensible.

Foto 1. Imatge de l'afectació periorbitària del pacient.



Foto 2. Imatge de Tomografia cranial en la que s'observa ocupació de sins maxil·lar, frontal i etmoidals drets i presència d'emfisema retrorbitari.



COMENTARIS

Quan es combina un procés de rinosinusitis, al costat d'un augment de la pressió intranasal per esternut o maniobres de Valsalva pot ser suficient com per causar una lesió de les parets del si paranasal afecte que comporta a la producció d'una infecció greu de parts toves. Per això, donada la morbiditat que pot presentar el cas, és una entitat que cal tenir en compte en el diagnòstic diferencial de l'edema palpebral en context d'infecció de vies altes i/o inhalació nasal de substàncies. El tractament es basa en la antibioticoteràpia dirigida a flora nasal més comuna involucrada en les infeccions agudes com *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Staph. aureus* i, amb menor freqüència *Moraxella catarrhalis* podent-se associar el drenatge dels sins segons evolució. És important descartar l'existència de trombosi del si cavernós ja que augmenta dramàticament la mortalitat del procés.