



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2925 - SINUSITIS DE MALA EVOLUCIÓN

S. Mora Azabal¹, L. Carralero Moya², I. Sáenz Cardenal² y H. Fernández-Galiano Poyo²

¹Hospital Universitario Puerta Hierro. Majadahonda. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid.

²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 9 años con antecedentes relevantes de alergias a polvo y ácaros, con tratamiento habitual de antihistamínico a demanda; acude a consulta por fiebre brusca de 39 °C tras estancia en campamento, acompañada de cefalea y leve dolor abdominal, de 24 horas de evolución. No náuseas ni vómitos. No tos ni expectoraciones. No cambios en ritmo intestinal. No síndrome miccional. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presenta buen estado general, hemodinámicamente estable con auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal anodinas. Exploración neurológica sin focalidad, ni signos meníngeos. Exploración faringe y otoscopia normal.

Orientación diagnóstica: Ante la estabilidad hemodinámica del paciente, el poco tiempo de evolución del cuadro y la ausencia de datos de alarma, se decide vigilancia domiciliaria, antitérmicos y abundante hidratación. A los dos días, el paciente permanece con fiebre de 39 °C que no disminuye con antitérmicos, además de presentar congestión nasal y dolor de ojo derecho, objetivándose hiperemia conjuntival y edema palpebral así como dolor con la movilización del ojo. Resto de exploración sin hallazgos. Dado el empeoramiento, nueva sintomatología y los hallazgos en la exploración, se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración analítica y radiológica del paciente, ante la sospecha de sinusitis complicada. En la analítica destaca único hallazgo de proteína C reactiva elevada, con hemograma y resto bioquímica sin hallazgos. Se realiza TAC donde se observan signos de sinusitis frontal derecha y emoidal y celulitis orbitaria derecha con presencia absceso subperióstico en pared medial.

Diagnóstico diferencial: Sinusitis. Rinitis. Conjuntivitis. Celulitis orbitaria. Miositis orbitaria. Neoplasia. Trombosis seno cavernoso. Poliposis. Cuerpo extraño.

Comentario final: El paciente recibe tratamiento antibiótico intravenoso, inicialmente con amoxicilina/clavulánico y posteriormente con cefotaxima y clindamicina. En el TAC de control, se comprueba disminución de ocupación senos por sinusitis, desaparición de colección subperióstica en pared medial órbita y regresión de la afectación de la grasa preseptal. El paciente presenta mejoría clínica y radiológica, por lo que es dado de alta con antibiótico y corticoide nasal. Este caso recuerda la importancia de vigilancia estricta ante casos de sinusitis y los criterios de derivación hospitalaria ante sospecha de complicación como sepsis, edema orbitario, alteraciones visuales, signos

meníngeos, etc.

Bibliografía

1. 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. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:203-18.
2. Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Guía-ABE.v.2/2008.

Palabras clave: Sinusitis. Celulitis. Orbitaria.