

Archivos de Medicina
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
editorial@archivosdemedicina.com
ISSN (Versión impresa): 1698-9465
ESPAÑA

2005

N. Alonso Santander / J. Rubio / M. Benedí / A. Casado
COMPLICACIÓN INTRACRANEAL DE PROCESOS PALPEBRALES BANALES. A
PROPÓSITO DE UN CASO

Archivos de Medicina, noviembre - diciembre, año/vol. 1, número 006
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
Madrid, España

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

**COMPLICACIÓN INTRACRANEAL DE PROCESOS PALPEBRALES BANALES:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Intracranial complication of trivial palpebral diseases
Case report**

**N. Alonso-Santander, J. Rubio, M. Benedí, A. Casado.
Servicio de oftalmología. Hospital Universitario La Princesa
C/ Diego de León, 62. 28006.
Madrid**

PALABRAS CLAVE: absceso, chalacion

KEYWORDS: abscess, chalazion

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado inicialmente de chalazion refractario al tratamiento. Las pruebas de imagen demostraron la existencia de pansinusitis y absceso cerebral de lóbulo frontal. El paciente fue tratado con antibioterapia sistémica y drenaje quirúrgico, siendo la evolución favorable con resolución del cuadro.

ABSTRACT

We present the case of a patient that was, at the beginning, diagnosed of a chalazion refractory to treatment . Scanner and MNR images let us see the existence of a pansinusitis and a frontal cerebral abscess. The patient was treated with systemic antibiotics and surgical drainage. The evolution was correct and the episode resolved.

INTRODUCCIÓN

Las complicación de extensión extra-orbitarias de procesos banales infecciosos palpebrales, tienen baja frecuencia, lo cual dificulta la orientación diagnóstica inicial. Debido a las graves consecuencias, que afectan incluso a la vida del paciente, es importante tenerlas en mente al la hora de establecer un diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado inicialmente de chalazion refractario al tratamiento, que tras realizar pruebas de imagen se objetivó la existencia de pansinusitis y absceso cerebral de lóbulo frontal. El paciente fue tratado con antibioterapia sistémica y drenaje quirúrgico, siendo la evolución favorable con resolución del cuadro.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 59 años de edad que acudió a Urgencias por tumoración de pequeño tamaño en párpado superior del ojo derecho, dolorosa a la palpación.

Entre los antecedentes personales se encontraba Esquizofrenia en tratamiento farmacológico y poliposis nasal. Se diagnosticó de Orzuelo y se pautó tratamiento con pomada de hidrocortisona y oxitetraciclina 3 veces/día.

Al cabo de una semana la tumoración palpebral persistía y se acompañaba de eritema de todo el párpado superior, sin fiebre. El resto de la exploración oftalmológica fue normal con agudeza visual conservada, motilidad ocular intrínseca y extrínseca normal y sin proptosis. Se añadió al tratamiento tópico tratamiento oral con Amoxicilina-Clavulánico 500mg 1 comprimido/8horas durante 7 días.

A las dos semanas el paciente acudió de nuevo por empeoramiento del cuadro. La tumefacción del párpado no había remitido y se acompañaba de febrícula. Asimismo, el acompañante refería un cambio en la personalidad del paciente, se encontraba más irritable. El examen oftalmológico, era complicado de realizar debido al estado psicológico del paciente, pero se apreciaba una limitación a la supra-infra-ducción.

Ante esta situación se solicitó TAC orbitario urgente con y sin contraste. En el TAC se halló una masa centrada en seno frontal derecho, que aparecía expandido y con la pared anterior y posterior rota. Esta masa se extendía hacia la región intracraneal frontal derecha, con realce anular de 35x30 mm y edema vasogénico. En sentido anterior se extendía hacia la región supraciliar-palpebral y la órbita derecha extraconal conectando con el músculo recto superior y oblicuo mayor. Ocupación de senos maxilares, frontal izquierdo, esfenoidal y celdillas etmoidales.

En la analítica cifras de 9800 leucocitos con desviación izquierda, linfocitos 17.40%, monocitos 6.80%, neutrófilos 72.70% y eosinófilos 2.70%.

El paciente ingresó a cargo de Neurocirugía pautándose tratamiento al ingreso con Cefepima 2 gr/8horas iv, Metronidazol 500 mg/8horas iv, Dexametasona 4 mg/8horas iv y Fenitoína 250 mg/6horas iv (los dos primeros días) y 125 mg/8horas iv (en días posteriores).

La RMN demostró ocupación de seno maxilar derecho, celdillas etmoidales, seno frontal izquierdo y seno frontal derecho abierto a órbita derecha con extensión subperióstica pre y retroseptal. Anteriormente apertura a párpado superior donde se visualizaba bolsa de 3 cm de diámetro transversal x 12 mm de

antero-posterior x 14 mm de cráneo-caudal. Posteriormente extensión a lóbulo frontal derecho. Con formación de colección intraparenquimatosa. La colección del párpado superior, el seno frontal y la colección intraparenquimatosa comunicaban entre sí. Globo ocular derecho en posición normal. Ver foto1 y 2.

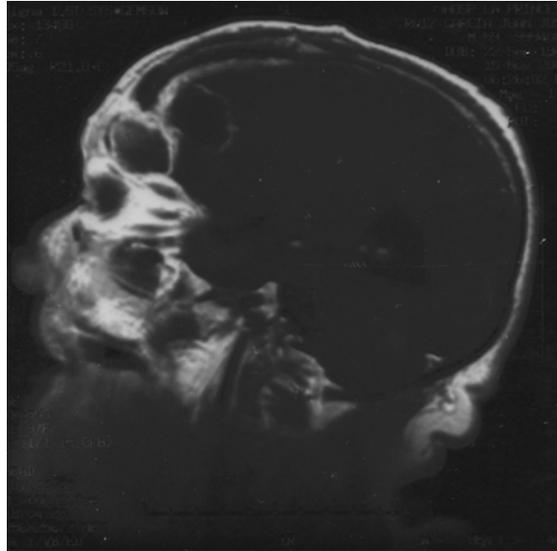


Foto 1: Absceso frontal y pansinusitis. RMN Corte sagital

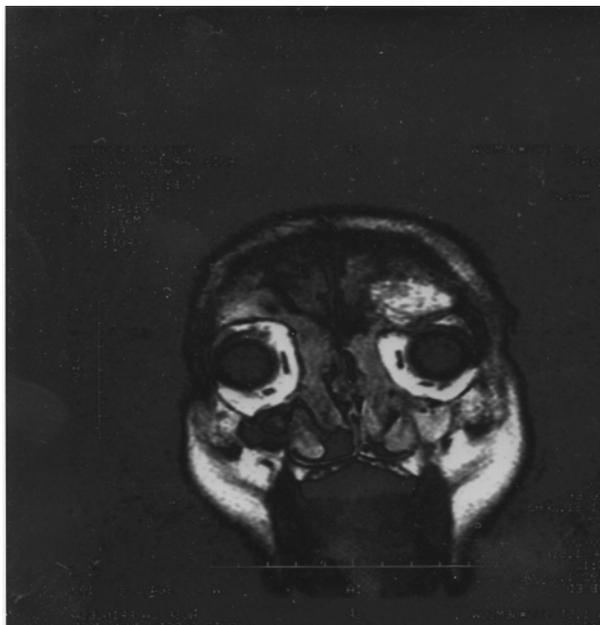


Foto 2: Absceso frontal y pansinusitis. RMN Corte coronal

Dos días después se llevó a cabo la evacuación del absceso por medio de craneotomía frontal derecha. Los cultivos microbiológicos del pus, tanto los cultivos habituales como el cultivo para anaerobios fueron negativos.

La evolución del paciente fue favorable y la RMN al alta mostró cambios postquirúrgicos dentro de la normalidad.

DISCUSIÓN

Las infecciones, tanto bacterianas como víricas, que afectan al segmento anterior del ojo y sus anexos se presentan con frecuencia en la práctica, afectando a pacientes de todas las edades. Esta área es susceptible de procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos que se deben tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial. (1)

Estas entidades, en la mayor parte de los casos banales, pueden alcanzar una gran importancia evolucionando a cuadros severos con posibles consecuencias desastrosas. (2)

La órbita y sus órganos anexos guardan relaciones anatómicas que explican la fisiopatología y curso clínico de los procesos que en esta región pueden presentarse. (3)

La órbita es la estructura más frecuentemente afectada por extensión de la sinusitis, en el 3% de los casos de sinusitis. Lo más común es que la infección se produzca por vía directa a través del sistema venoso. (4)

La celulitis preseptal es la infección de las estructuras anteriores al septum orbitario. Se caracteriza por edema y eritema palpebral, sin alteración en la visión ni en la motilidad ocular. (5) En este caso en concreto la agudeza visual no fue valorable dado el estado psiquiátrico del paciente y la motilidad ocular intrínseca y extrínseca fue normal.

Streptococcus, *H. Influenzae*, *S. aureus* y *S. Epidermidis* son los agentes etiológicos más frecuentes, aunque se debe tener en cuenta la posibilidad de infección por anaerobios.

Inicialmente los autores no recomiendan realizar pruebas diagnósticas complementarias y el tratamiento de elección es Amoxicilina-Clavulánico o cloxacilina oral. (1)

Junto a la celulitis preseptal, el paciente presentaba absceso orbitario, inicialmente asintomático, aunque la pérdida de agudeza visual y la oftalmoplejía completa se documenta hasta en un 13% de los casos.

Las complicaciones intracraneales de las sinusitis son menos frecuentes que las orbitarias. Se presentan en el 4% de los pacientes hospitalizados con rinosinusitis. Se producen por extensión de una tromboflebitis, generalmente desde un foco etmoidal, y el lóbulo frontal es el más afectado. Estas complicaciones son: el absceso cerebral (como presentamos en nuestro caso), trombosis del seno cavernoso, meningitis y empiema epidural o subdural. Dependiendo de su localización anatómica las trombosis venosas más importantes son las de: venas corticales superficiales, seno longitudinal superior, seno recto, seno transverso y seno cavernoso. La trombosis del seno cavernoso es una grave complicación, y está asociada frecuentemente a procesos infecciosos vecinos, como alteraciones orbitarias, sinusitis esfenoidal, o tromboflebitis séptica de la vena angular de la cara. Cursa con dolor orbitario que aumenta con la presión sobre el globo ocular, quemosis conjuntival, exoftalmos, oftalmoplejía ipsilateral que puede hacerse bilateral y afección de la rama oftálmica del trigémino. Es frecuente la presencia de fiebre, rigidez nuchal, ectasia de las venas retinianas y papiledema. (6,7,8)

CONCLUSIÓN

Las complicación de extensión extra-orbitarias de procesos banales infecciosos palpebrales, tienen baja frecuencia, lo cual dificulta la orientación diagnóstica inicial, sobre todo cuando síntomas o signos diagnósticos sugestivos, como la fiebre o la disminución de agudeza visual, no aparecen en el cuadro con el consecuente retraso en su tratamiento. Debido a las graves consecuencias, que afectan incluso a la vida del paciente, es importante tenerlas en mente al la hora de establecer un diagnóstico diferencial.

Destacamos la colaboración interdisciplinaria, como herramienta indispensable para la buena práctica médica y evitar consecuencias fatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. The management of common ocular infections. Ng, EW, Golledge, CL. Australian Family Physician. Volume 25, Issue 12, December 1996, Pages 1831-1839
2. The skin and the eye: a multidisciplinary approach. Bartunek, CK; Brodell, LP; Brodell, RT. Dermatology nursing / Dermatology Nurses' Association. Volume 8, Issue 4, August 1996, Pages 263-267, 271-279,284
3. Purulent pansinusitis, orbital cellulitis and rhinogenic intracranial complications. Eufinger H., Machtens E. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Volume 29, Issue 2, April 2001, Pages 111-117
4. Imaging for neuro-ophthalmic and orbital disease. American Journal of Ophthalmology. Volume 138, Issue 5, November 2004, Pages 852-862
5. Brain abscess secondary to rhinosinusitis: Therapeutical modalities. Exposition of one case. García Gonzalez LA, Redondo Ventura F, Betancor Martinez L. An Otorrinolaringol Ibero Am 2004; 31(1): 77:86
6. The Wills Eye Manual. Office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. ISBN: 0-7817-1602-0 Editores: Douglas J Rhee y Mark F Pyfer: Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; p.181-201, 551-558
7. Sinusitis and ischemic stroke. Rochat P, von Buchwald C, Wagner A Rhinology. 2001 Sep; 39(3): 173-5
8. La enfermedad cerebrovascular asintomática. Apuntes de Neurología. Capítulo 5. David Ezpeleta. www.infodoctor.org/neuro/cap5.htm