



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Proptosis y aumento del perímetro craneal durante el puerperio

Proptosis and head circumference enlargement during puerperium

Lucía Guillén Zafra^{a,*}, Pedro Manuel García-Ceberino^{a,1}, Diana Alejandra Pantoja Pachajoa^{b,1} y Juan José Pomares Pomares^{c,1}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Nacional Simão Mendes, Bissau, Guinea-Bissau

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional Simão Mendes, Bissau, Guinea-Bissau

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Provincial de Castellón, Castellón, España



Descripción del caso

Mujer de 17 años, natural de Guinea-Bissau, residente en área urbana, sin antecedentes personales relevantes. Ingresa en el Hospital Nacional Simão Mendes de Bissau (Guinea-Bissau) con un cuadro clínico caracterizado por cefalea y aumento del perímetro craneal, 15 días después de un parto a término con óbito fetal en un centro de salud. A la exploración física, la paciente se encontraba febril y hemodinámicamente estable. Se observó un aumento del diámetro cefálico, con fluctuación de predominio frontal y parietal, así como en la región ocular, presentando una proptosis notable con limitación severa de la apertura y el movimiento ocular (fig. 1). No se observaron signos meníngeos ni focalidad neurológica alguna. Los resultados de laboratorio revelaron una hemoglobina de 7,8 g/dL, con un volumen corpuscular medio de 72 fL, 26.200 leucocitos/ μ L con 15.569 neutrófilos/ μ L, y una velocidad de sedimentación eritrocitaria de 56 mm/h. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia sin otros hallazgos relevantes. Se realizó una prueba de inmunocromatografía para descartar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con el kit Determine™ HIV Early Detect (Abbott®, Illinois, EE. UU.).

Evolución y diagnóstico

Ante la sospecha de una infección de piel y partes blandas compleja, se complementó la terapia previa con ceftriaxona 2 g intravenosa (iv) con cobertura adicional de vancomicina a una dosis de 15 mg/kg iv cada 12 horas, previa dosis de carga de 25 mg/kg. También se administró dexametasona a 4 mg iv cada ocho horas como tratamiento coadyuvante para el edema palpebral grave. Debido a las limitaciones del hospital, que no dispone de tomografía computarizada (TC) de urgencia, se optó por reali-



Figura 1. Aspecto general de la celulitis orbitaria con extensión craneal de predominio fronto-parietal.

zar un drenaje transcutáneo mediante dos incisiones en el cuero cabelludo y a nivel palpebral bilateral, extrayéndose un litro de contenido purulento de colecciones subcutáneas. Las muestras enviadas al laboratorio de Microbiología revelaron el aislamiento de *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina. La TC realizada posteriormente confirmó la sospecha clínica, mostrando una celulitis orbitaria complicada con absceso orbitario y subgaleal frontal, con una posible afección subperióstica (fig. 2A y B), además de signos de sinusitis crónica en ambos senos frontales y en el seno maxilar izquierdo (fig. 2C).

El diagnóstico definitivo fue celulitis orbitaria abscesificada, extendida a territorio subgaleal como complicación de una probable sinusitis frontal y/o maxilar. La evolución clínica fue satisfactoria tras el drenaje transcutáneo realizado en el Servicio de Cirugía General y la administración de la antibioterapia mencionada durante siete días. Posteriormente, se ajustó el tratamiento tras los resultados del antibiograma a amoxicilina-clavulánico, completando un total de 21 días, con resolución total del cuadro.

La celulitis orbitaria se define como una infección de los tejidos blandos de la cavidad orbitaria, que puede ser secundaria a sinusitis, siendo más frecuentemente etmoidal en la edad pediátrica y frontal o maxilar en adultos. La clasificación de Chandler se emplea para evaluar la gravedad de la infección¹, situando a nues-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciaguillenzagra@gmail.com (L. Guillén Zafra).

¹ Dirección laboral no permanente. Dichos autores ya disponen de filiación científica previa.

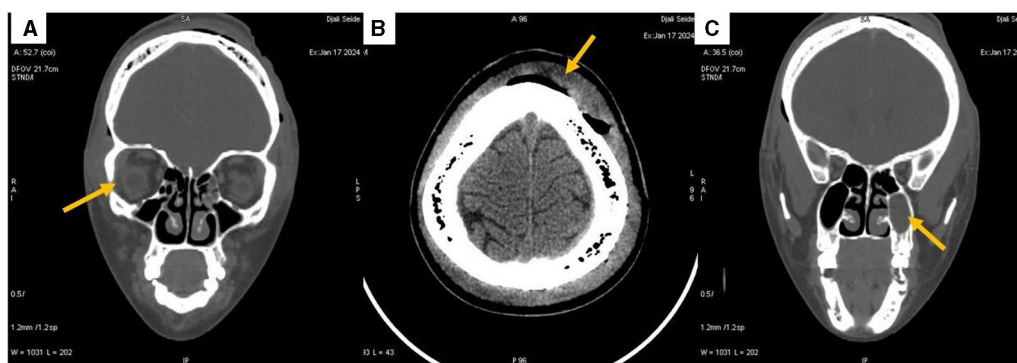


Figura 2. A) Colección intraorbitaria. B) Absceso subgaleal. C) Ocupación del seno maxilar izquierdo.

tra paciente en el estadio IV correspondiente a absceso orbitario. La celulitis orbitaria y sus complicaciones constituyen una urgencia médico-quirúrgica debido a la posibilidad de complicaciones graves, como la lesión del nervio óptico, trombosis del seno cavernoso, meningitis y/o extensión al parénquima cerebral². Para el diagnóstico de absceso orbitario y la evaluación de posibles complicaciones es esencial realizar una prueba de imagen craneal. En nuestro caso, la TC se efectuó con una demora de tres días, por lo que, ante la gravedad del cuadro clínico, se optó por hacer el drenaje quirúrgico basado en la sospecha clínica. A diferencia del abordaje transnasal habitual, debido a la localización del absceso y los recursos disponibles, se optó por un abordaje transcutáneo. En presencia de grandes colecciones de pus, especialmente en niños mayores y en aquellos con déficit visual establecido, se recomienda asociar el tratamiento quirúrgico³. Se asoció inicialmente vancomicina debido a la gravedad de la infección y el reciente contacto hospitalario, considerado un factor de riesgo para la colonización por *S. aureus* resistente a la meticilina. La sospecha clínica junto con la toma precoz de decisio-

nes diagnóstico-terapéuticas es clave para el abordaje de la celulitis orbitaria y sus posibles complicaciones.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope*. 1970;80:1414–28. <http://dx.doi.org/10.1288/00005537-197009000-00007>.
2. Sciarretta V, Demattè M, Farneti P, Fornaciari M, Corsini I, Piccin O, et al. Management of orbital cellulitis and subperiosteal orbital abscess in pediatric patients: A ten-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;96:72–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.02.031>.
3. Rubin F, Pierrot S, Lebreton M, Contencin P, Couloigner V. Drainage of subperiosteal orbital abscesses complicating pediatric ethmoiditis: comparison between external and transnasal approaches. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77:796–802. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.02.014>.