



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1864 - ORZUELO DE REPETICIÓN

A. Olivares Loro^a, M. Delgado Rodríguez^b y R. Anillo Gallardo^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pecé. San Fernando. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pecé. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que acude al servicio de urgencias por presentar lesión en región supraciliar izquierda de 10 días de evolución, dolorosa, con crecimiento progresivo, habiendo sido diagnosticado previamente de orzuelo. Refiere además sensación febril no termometrada y catarro de vías altas los días anteriores. No tos ni otros síntomas. No alergias medicamentosas conocidas ni alergias ambientales. EPOC, fumador activo de 5 cigarrillos diarios, sin otros hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular. Esclerodermia. Orzuelo de repetición en párpado izquierdo. En tratamiento con bromuro de ipratropio, beclometasona y formoterol inhalados, mepifilina y paracetamol ocasionalmente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo. Auscultación cardiorespiratoria normal. Se aprecia lesión subcutánea mal delimitada sobreelevada con piel normal suprayacente, de unos 5 cm de diámetro aproximadamente, no móvil, algo indurada y dolorosa a la palpación. Movilidad ocular extrínseca conservada, no diplopía. Leve proptosis con protrusión hacia abajo del globo ocular izquierdo. Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz y la acomodación. Radiología torácica: aumento de la trama broncovascular sin otros hallazgos. Analítica normal. TC con contraste IV de cráneo: hallazgos sugestivos de neoplasia maligna, a considerar como primera posibilidad origen en la glándula lagrimal (carcinoma adenoide quístico), sin poder descartar otras opciones como metástasis u origen infeccioso/inflamatorio de carácter agresivo. Ecografía de ojo izquierdo: presencia de vascularización interna y en la periferia de la lesión.

Juicio clínico: Tumoración supraorbitaria izquierda a filiar.

Diagnóstico diferencial: Orzuelo, absceso orbitario, tumoración supraorbitaria.

Comentario final: Ante una lesión supraciliar de rápida evolución, debemos plantearnos como primera posibilidad diagnóstica, que sea de naturaleza infecciosa o inflamatoria. No obstante no podemos descartar patología tumoral que justifique los hallazgos clínicos y exploratorios.

Bibliografía

1. Mora Pérez E, Lima Gómez V. Causas no traumáticas de consulta oftalmológica en el Servicio de Urgencias urbano. Rev Hosp Jua Mex. 2006;73(1):7-10.
2. Jaramillo-Aristizábal MC, Jaramillo-Lozano JE, Cuevas-Peláez M. Endoftalmitis endógena asociada a absceso hepático por Klebsiella pneumoniae. Descripción de tres casos y revisión de la literatura. IATREIA. 2016;29(2):228-36.

Palabras clave: Exoftalmos. Tumoración supraciliar. Absceso.