



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

242/836 - MALA EVOLUCIÓN. DIFERENTES MÉDICOS

R. Ruiz Fernández^a, M. Rico Azuaga^b y R. Aguado Rivas^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Galchos-Lújar-Los Carlos. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Castell de Ferro. Granada. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Almuñécar. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 72 años, namc, HTA, trocanteritis derecha, discartrosis lumbar L5-S1, gonartrosis izquierda, hernia de hiato, adenomas tubulares en colon. Tratamiento habitual: enalapril 10 mg, zaldiar/8h, bromazepam 1,50 mg/12h, cinitaprida 1 mg/12h, omeprazol 20 mg, citalopram 10 mg. Acude a urgencias extrahospitalarias por cuadro de faringitis, iniciando tratamiento con AINEs y amoxicilina/clavulánico 875 mg/8h. Dos días después, acude nuevamente por inflamación en hemicara izquierda y cefalea, recomendándose continuar con igual tratamiento previa administración corticoides im. Despues de dos semanas; acude a consulta de su médico por no mejoría, siendo derivada a Urgencias hospitalarias con sospecha de absceso. En Urgencias hospitalarias, tras realizar analítica y pruebas de imagen, deciden traslado a otro hospital para valoración por Maxilofacial. Es valorada por otorrino que realiza incisión y drenaje con Penrose a nivel gingival en zona fluctuante a nivel vestíbulo 2º premolar e inicia tratamiento con antibioterapia, corticoterapia y analgesia iv. Posteriormente, pasa a cargo de Cirugía Maxilofacial para intervención quirúrgica: quistectomía.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, bien hidratada y perfundida, eupneica, edema hemicara izquierda con tumefacción a nivel maxilar izquierdo, discreto aumento temperatura local, abombamiento a nivel vestíbulo bucal del 2º premolar, fluctuante y doloroso. Hemograma normal. Bioquímica: glucosa 123 mg/dl, creatinina 0,67 mg/dl, sodio 135 mEq/L, potasio 4,2 mEq/L, PCR: 0,5. Rx senos paranasales en proyección basal de Hirtz y proyección de Waters: dudosa ocupación maxilar izquierda. TAC con contraste senos paranasales: ocupación práctica totalidad seno maxilar izquierdo por material densidad partes blandas, colección abscesificada. Ausencia pared anterior seno maxilar izquierdo en relación probable con cambios postquirúrgicos, ocupación parcial mucosa celdillas etmoidales izquierdas y seno frontal izquierdo.

Juicio clínico: Absceso maxilar izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Sinusitis, absceso dental, celulitis maxilofacial, quistes óseos, tumores.

Comentario final: Es difícil el seguimiento de un proceso en urgencias, por lo que se hace manifiesto el papel del médico de familia para un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento en cualquier proceso tanto agudo, subagudo como crónico.

Bibliografía

1. Longhini A, Branstetter B, Ferguson B. Otolaryngologists' perception of odontogenic maxillary sinusitis. Laryngoscope. 2012;122:1910-4.

2. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2006;135:349-55.
3. Chul Lee K, Kin Lee S. Clinical features and treatment od odontogenic sinusitis. *Yonsel Med J*. 2010;51:932-7.

Palabras clave: Senos paranasales. Sinusitis. Absceso.