

11236

20j
8-A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

SECRETARIA DE SALUD

CELULITIS PERIORBITARIA EN NIÑOS SECUNDARIA A
ETMOIDITIS : SERIE DE TREINTA CASOS .

TRABAJO DE FIN DE CURSOS PARA OBTENER EL TITULO
DE OTORRINOLARINGOLOGO QUE PRESENTA LA DRA. PETRA
ERENDIRA GUTIERREZ ZAMORA.

Dr. Adalberto Navarrete y Tiburcio.
Profesor titular del curso de ORL-
Asesor de tesis.

Dr. Hector Fernandez Varela.
Director General

Dr. Efraim Shor Pinker.
Subdirector General de Enseñanza
e investigación.

Dr. Luis Heshiki Nakandakari.
Jefe de Enseñanza e investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Se presentan las observaciones realizadas en el departamento de Otorrinolaringología del I.N.P. de S.S.A. Se reportan 30 casos con celulitis periorbitaria. La celulitis periorbitaria es un proceso común limitado a la región preseptal de los párpados, en tanto la celulitis orbitaria representa un proceso infeccioso más severo pero poco frecuente, su localización es posterior al septo orbitario y puede asociarse a abscesos subperiosticos, orbitario o trombosis del seno cavernoso. En todos los casos los pacientes recibieron antibióticos sistémicos, 20 pacientes requirieron cirugía y se presentaron 3 complicaciones.

INTRODUCCION

Desde la época de Hipócrates es bien conocido que las infecciones de los senos paranasales pueden involucrar la órbita (1-2). La celulitis orbitaria es una infección de diferentes etiologías, (2-3-4-5-6-7), frecuente en la infancia (2-3-5-6-8-9). Se asocia a sinusitis frontal en adultos y sinusitis etmoidal en la infancia (3-5-6-8-9). Por lo anterior se debe considerar la posibilidad de sinusitis en cualquier niño con edema palpebral (2-3-4-5-6-8-9). Otras causas de celulitis orbitaria son erisipela, lesiones penetrantes, lesiones dentales o de oído

medio (3-8-10). Chandler divide las complicaciones orbitarias en cinco categorías que son: edema, celulitis orbitaria, abscesos subperiostico, absceso orbitario y trombosis del seno cavernoso (1-2-6-9-11). Los germenas frecuentemente involucrados son neumococo, estreptococo, estafilococo, bacterioides, difteroides y H. influenzae (1-2-3-4-5-6-9-11).

El manejo de los pacientes con celulitis periorbitaria y etmoiditis ha sido con vasconstrictores locales y sistemicos, antimicrobianos y cirugía (2). Las complicaciones de la sinusitis en su mayoría son secundarias a sinusitis agudas o crónicas -- agudizadas. Las complicaciones de la celulitis periorbitaria -- pueden ser: Meningitis, diplopia, limitación de los movimientos oculares, amaurosis y abscesos epidurales o subdurales (1-2-3-4-5-6-9-10-11-12-13-14-15-17).

MATERIAL Y METODOS

El estudio incluye nuestra experiencia entre enero de 1983 a Diciembre de 1987 en que se presentaron 60 casos de celulitis periorbitaria siendo 30 casos secundarios a etmoiditis.

RESULTADOS

Se revisaron 60 casos en el I.N.P. durante Enero de 1983 a Diciembre de 1987 con el diagnóstico de celulitis periorbitaria,

medio (3-8-10). Chandler divide las complicaciones orbitarias en cinco categorías que son: edema, celulitis orbitaria, abscesos subperiostico, absceso orbitario y trombosis del seno cavernoso (1-2-6-9-11). Los germenos frecuentemente involucrados son neumococo, estreptococo, estafilococo, bacterioides, difteroides y H. influenzae (1-2-3-4-5-6-9-11).

El manejo de los pacientes con celulitis periorbitaria y etmoiditis ha sido con vasconstrictores locales y sistemicos, antimicrobianos y cirugía(2). Las complicaciones de la sinusitis en su mayoría son secundarias a sinusitis agudas o crónicas -- agudizadas. Las complicaciones de la celulitis periorbitaria pueden ser: Meningitis, diplopia, limitación de los movimientos oculares, amaurosis y abscesos epidurales o subdurales (1-2-3-4-5-6-9-10-11-12-13-14-15-17).

MATERIAL Y METODOS

El estudio incluye nuestra experiencia entre enero de 1983 a Diciembre de 1987 en que se presentaron 60 casos de celulitis periorbitaria siendo 30 casos secundarios a etmoiditis.

RESULTADOS

Se revisaron 60 casos en el I.N.P. durante Enero de 1983 a Diciembre de 1987 con el diagnóstico de celulitis periorbitaria,

de estos 30 casos fueron secundarios a etmoiditis. Presentaron sinusitis etmoidomaxilar y celulitis periorbitaria 22 pacientes, en 7 casos etmoiditis aguda y celulitis periorbitaria, un paciente con etmoiditis aguda y absceso subperiostico. Dos de los pacientes con sinusitis etmoidomaxilar presentaban pioseno frontal.

Las edades de los pacientes fluctuaron entre 4 meses y 15 años 10 meses siendo un promedio de 6 años tres meses, 45.45% fueron menores de 5 años 18 masculinos y 12 femeninos. El lado izquierdo se afecto en 15 pacientes y en el derecho en 13 pacientes, en dos casos hubo afección bilateral.

El tiempo de evolución del padecimiento en el momento de su ingreso fluctuo entre 24 hrs. a 18 días siendo un promedio de 10 días. El cuadro clínico se caracterizó por: edema palpebral, hipertemia, imposibilidad para abrir el ojo, quimosis, material purulento en ojo, dolor a la digitopresión del seno maxilar, proptosis, rinorrea, dolor ocular, caries, infección de vías aéreas superiores, cefalea, tos, celulitis cervical y retroauricular, otorrea y ataque al estado general (tablal). Se tomaron radiografías simples de senos paranasales encontrándose en el 100% de los casos velamiento de celdillas etmoidales, 63% velamiento del seno maxilar, 33% con crecimiento adenoideo y en 2 casos velamiento del seno frontal. En el momento de su ingreso se solicito biometría hemática y se encontro leucocitosis,

en el 53.3% de los pacientes se tomo hemocultivo encontrándose en un caso positivo siendo aislado micrococcus s.p. Se tomo en 27% urocultivo siendo en todos negativo, cultivo de líquido - cefalorraquideo en 24% siendo negativo en el 100%. Se tomaron cultivos de conjuntiva, nasofaringe, absceso subperiostico, maxilar y frontal, (tabla 2). El germen más frecuentemente involucrado fue el estafilococo aureus. No se hicieron cultivos para anaerobios. Al momento de su ingreso se inicio manejo médico - con antibiòticoterapia, analgésicos, vasoconstrictores locales y sistemicos, gentamicina oftálmica en 18% de los casos y clorafenicol oftálmico en el 72% de los casos.

De los 30 pacientes estudiados 20 fueron sometidos a cirugía - se practicaron 11 etmoidectomías externas, 8 etmoidectomías intranasales, 1 etmoidectomía transantral, 13 Caldwell luc, 2 trepanos frontales, un drenaje de absceso palatino.

El reporte de hallazgos quirúrgicos fue: En 75% mucosa etmoidal engrosada, mucosa de seno maxilar engrosada en 75%, en 50% material purulento en senomaxilar, en 35% dehiscencia de lamina - papiracea, en 10% dehiscencia de hueso lacrimal, en 10% material purulento en seno frontal y absceso subperiostico, en 20% de los casos material purulento en seno etmoidal, en el 5% se encontro dehiscencia del piso de la orbita y de la pared anterior del seno maxilar.

T A B L A I

ETMOIDITIS CON CELULITIS ORBITARIA

SIGNOS Y SINTOMAS.

	No.	%
Edema palpebral	25	83
Hipertermia	19	63
Imposibilidad para abrir el ojo	16	53
Queimosis	15	50
Secreción Purulenta en ojo	12	40
Dolor en seno maxilar	12	40
Rinorrea	10	33
Proptosis	10	33
Dolor ocular	8	26
Edema en hemicara	7	23
Caries	5	16
Infección de vías aereas superiores	5	16
Cefalea	5	16
tos	4	13
Otorrea	2	6
Ataque al estado general	2	6

TABLA 2
RESULTADOS BACTERIOLOGICOS

	CONJUNTIVA	SANGRE	NASOFARINGE	LCR	Material de Seno frontal	Material de seno etmoidal y maxilar
ESTAFILOCOCO						
AUREUS	8					
COAGULASA NEG.	1					
ESTREPTOCOCO						
HEMOLITICO	3					
PYOGENES	1					
CANDIDA S.P.	2					
PSEUDOMONA	1					
E. COLI	1					
K. NEUMONIAE	2					
B. MEGATERIUM	1					
MICROCOCUS S.P.		1				
SIN DESARROLLO	5		3	7	2	14

En 11 casos estudiados se encontro alteraciones asociadas a la patologia de base como: Infección de vías aéreas superiores en 37%, alergia en 10%, caries dental en 7%, artritis reactiva, hemofilia tipo a y sarampion en 2%.

El reporte histopatologico fue: 35% de sinusitis crónica, 35% - de sinusitis aguda, 13.3% sinusitis aguda y crónica, 5% sin datos de inflamación.

En el 100% de los casos hubo correlación radiologica quirúrgica Se encontraron las siguientes complicaciones: Necrosis de parado superior y sangrado postoperatorio en un paciente con hemofilia tipo A el cual fue controlado con la aplicación de crioprecipitados.

El promedio de días de hospitalización fue de 16 días, teniéndose se un seguimiento de 5 meses.

COMENTARIOS.

En los casos de celulitis orbitaria debe haber un manejo interdisciplinario entre el oftalmologo, pediatra y otorrinolaringologo.

El mecanismo de producción de la celulitis periorbitaria en la mayoría de los casos es por extensión directa a la orbita de una infección sinusal generalmente de etmoides.

Es indispensable una valoración minuciosa de la movilidad ocular reacción pupilar, queimosis, proptosis, agudeza visual y fondo

de ojo, así como un monitoreo constante de los mismos.

Es importante la toma de frotis y cultivos para seleccionar el medicamento más apropiado, sin embargo, se debe iniciar de inmediato la terapéutica antimicrobiana, aunque después de obtener los resultados del cultivo se valore el cambio de antibiótico. En nuestra serie todos los pacientes habían recibido terapia antimicrobiana previamente, así como no se realizaron cultivos para anaerobios, sin embargo, en los cultivos realizados se aislaron estafilococos aureus y coagulasa negativos, estreptococo Beta Hemolitico y estreptococo pyogenes, K. pneumoniae, C. albicans, Shigelloides y Bacteroides. Es de llamar la atención que no se aisló H. influenzae germen frecuente en niños de 6 a 30 meses (7), esto pudiera deberse a lo anteriormente mencionado. En los casos de celulitis orbitaria y etmoiditis que presentaba hipertemia dolor ocular y leucocitosis, que se manejaron con antibióticos intravenosos por 24 hrs. - sin una respuesta favorable requirieron manejo quirúrgico. Las indicaciones quirúrgicas no fueron bien definidas pero incluyeron: absceso periorbitario o pioseno maxilar o frontal, disminución de los movimientos oculares o la agudeza visual y deterioro del estado general.

CONCLUSIONES

En todos los casos de niños con edema palpebral se debe de considerar la posibilidad de sinusitis etmoidal.

El manejo de los pacientes con celulitis periorbitaria y etmoiditis debe de ser interdisciplinarios con el oftalmólogo, pediatra y otorrinolaringólogo.

Se debe de iniciar el manejo antimicrobiano de inmediato y en caso necesario el drenaje quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Jackson Keith M.D, Backer R. Shan, M.D, Arbor Ann: Clinical implications of orbital cellulitis. Laryngoscope 96:568-563, -1986.
- 2.-Quick A Cedric M.D, Payne Elizabeth M.D, : Complicated Acute-Sinusitis. Laryngoscope. 82:1248-1263, 1972.
- 3.-Watters C. Edmond M.D, Wallar Harold M.D, Hiles A. David M.D, -- Michaels H Richard M.D, : Acute Orbital Cellulitis. Arch --- Ophthalmol 94:758-788, 1976.
- 4.- Gallady M. Andrew M.D, : Periorbital and Orbital cellulitis - in children. Pediatrics 61(2):272-277, 1978.
- 5.-Hawkins B Donal M.D, Clarck W. Richard M.D, : Orbital Involvement in Acute sinusitis. Clinical Pediatrics 16(5):464-470, 1977.
- 6.-Haynes E Ralph M.D, Cramblett G Harry M.D, : Acute Ethmoiditis: its relationship to orbital cellulitis: Am J Dis Child 114:-261-267, 1967.
- 7.-Mattox E Douglas M.D, Delaney Gordon R : Anatomy of Ethmoid - sinus. Otolaryngol Clin North Am 18(1):3-14, 1935.
- 8.-Amies R. David: Orbital Cellulitis-Clinical records: J Laryngol Otol 88:559-564, 1974.
- 9.-Spires R, James M.D, Smith J.H. Richard M.D. : Bacterial Infections of the orbital and periorbital soft tissues in children. Laryngoscope 96:763-767, 1986.

- 10.-Morgensttein M Karl M.D.:Intranasal ethmoidectomy .---
Otolaryngol Clin North Am 18(1):55-60,1985.
- 11.-Eichel S .Barkley M.D.:Pathophysiology and Medical ---
management of ethmoiditis.Otolaryngol Clin North Am ---
18(1);43-54,1985.
- 12.-Neal G David M.D.:External ethmoidectomy.Otolaryngol --
Clin North Am 18(1):55-60,1985.
- 13.-Flynn T John M.D,Mitchell B Kenneth M.D.,Fuller G Dawin
M.D,London B Howard M.D,Cohen H Harold:Ocular motility
complications following intranasal surgery,Arch Ophthal-
mol 97:453-458,1979.
- 14.-Marck e Louis M.D,Kennerdell John M.D:Medial rectus ----
Injury from intranasal surgery.Arch Ophthalmol 97:459-461 .
1979.
- 15.-Eustis H Sprague M.D,Armstrong C,Derek M.D.,Bunice Ray-
mond J.M.D.:Staging of orbital cellulitis in children:=
coputerized tomography characteristics and treatment gui-
delines.J.Pediatric Ophthalmol andstrabismus 23:246-251,=
1986.
- 16.-Tomeh Ousama M.M.D,Starr E Stuart M.D.,McGowan E John M.D.
Terry M Pamela:Ampicillin Resistant Haemophilus Type B-
infection JAMA 229(3):295-297,1974.
- 17.-Goodwing Jarrard W M.D.:Orbital Complications of ethmoiditis
Otolaryngol Clin North Am 18(1):139-147,1985.