

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de un lactante con celulitis orbitaria

Presentation of an Infant with Orbital Cellulitis

Elisa Tamayo Lamothe¹, Maricela Batista Núñez², Leticia Ricardo Bermúdez³, Yaquelín Machín Pérez⁴, Leanet Morales Cárdenas⁵, Ayleen Buzón López³.

1. Máster Atención Integral al niño. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

2. Máster Atención Integral al niño. Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Asistente Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

3. Máster Atención Integral al niño. Especialista de Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín. Cuba.

4. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Instructor Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

5. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín. Cuba.

RESUMEN

La celulitis orbitaria se define como la inflamación de los tejidos de la órbita, es una infección con riesgo vital de las partes blandas por detrás del tejido orbitario. En la patogenia más frecuente se cita la sinusitis etmoidal. En el lactante, el seno maxilar no está neumatizado. El *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Haemophilus influenzae*, son microorganismos frecuentes. La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética son necesarios para detectar alteraciones de las estructuras orbitarias, los senos paranasales y el cerebro. Se presentó un

cuadro de celulitis orbitaria y osteomielitis, secundaria a sinusitis etmoidal y maxilar en una lactante femenina de dos meses de edad, dolencia infrecuente que fue atendida en el Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja, de Holguín. Evolucionó satisfactoriamente, por la intervención precoz y adecuada de un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: celulitis orbitaria, lactante, exudado ocular, tomografía axial computarizada, resonancia magnética.

ABSTRACT

Orbital cellulitis, is the inflammation of the orbital tissue, it is an infection with vital risk of the soft parts behind the orbital tissue. Ethmoidal sinusitis is reported as the more frequent pathogenic factor. The maxillary sinus is not pneumatized in nursing. *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* and *Haemophilus influenzae* are frequent microorganism. Computer axial tomography and magnetic resonance are necessary to detect orbital, paranasal sinus, and brain structures changes. A female patient of two months of age was reported in this paper, the patient presented an orbital cellulite picture, caused by ethmoidal and maxillary sinusitis, who was attended at Octavio de la Concepción de la Pedraja pediatric hospital. She had a satisfactory evolution due to the early and adequate care of a multidisciplinary team.

Keywords: orbital cellulitis, infant, ocular cultures, computerized axial tomography, magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

Se define la celulitis orbitaria como la inflamación de los tejidos de la órbita, es una infección con riesgo vital de las partes blandas por detrás del tabique orbitario; puede aparecer a cualquier edad, pero es más común en los niños mayores y raramente compromete a infantes y neonatos¹.

En la patogenia es más frecuente la relacionada con los senos perinasales y sobre todo la secundaria a sinusitis etmoidal; puede ser extensión de una celulitis preseptal a través del tabique orbitario, diseminación local de dacriocistitis, infecciones mediofaciales o dentales, diseminación hematológica, post-traumas que penetran el tabique, o post cirugía retiniana, lagrimal u orbitaria.

Los microorganismos causales más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes* y *Haemophilus influenzae*²⁻⁴.

El cuadro clínico se caracteriza por manifestaciones generales como malestar general, fiebre, dolor, entre otros, y se acompaña de edema palpebral y eritema, proptosis, quémosis, dolor a la movilización ocular^{2, 4-6}. Los senos paranasales no se encuentran totalmente desarrollados en la etapa de la lactancia, ellos evolucionan durante la niñez, y a través de esta etapa alcanzan distintos grados de desarrollo⁵.

Se presentó una lactante de dos meses de edad con diagnóstico de celulitis orbitaria, se comentan los procedimientos y su tratamiento con el ánimo de transmitir los conocimientos a otros profesionales de especialidades afines, y poner a su consideración un caso raro de esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina blanca de dos meses de edad con una valoración nutricional eutrófica, con peso/talla de 90 percentil y procedencia rural. La lactante es llevada a la Policlínica de Cueto al día siguiente de comenzar a presentar obstrucción nasal y secreciones nasales transparentes, inflamación y enrojecimiento del ojo izquierdo, que empeoró al instilar colirio de gentamicina. Fue remitida al Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja, Holguín. Se ingresó primero en la Sala de Miscelánea (1 día), luego fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva (dos días), posteriormente es remitida a la Unidad de Terapia Intermedia donde permaneció 23 días, después fue llevada a la Sala de Oftalmología donde permaneció hasta el alta hospitalaria.

Datos positivos al ingreso: soñolienta, decaída, llanto débil, succión débil, febrícula de 37,8 °C. Examen general: signos flogísticos, obstrucción nasal y secreciones mucosas.

Examen oftalmológico: ojo derecho normal; ojo izquierdo con edema palpebral inflamatorio, tenso, que dificultaba apertura palpebral, secreciones purulentas abundantes; hiperemia conjuntival intensa, proptosis, córnea y cámara anterior normales; pupila perezosa, fondo de ojo normal.

Exámenes complementarios

-Hemograma completo: hemoglobina disminuida (95 g/l), leucocitosis (12,0 x 10⁹/l) con polinucleosis; eritrosedimentación acelerada (50 mm/h).

- Hemocultivos negativos; ionograma y gasometría normales.
- Exudado ocular de la secreción coleccionada en el párpado inferior: aislado *Staphylococcus aureus*.
- Tomografía axial computarizada (TAC) de órbita simple: se observó seno maxilar y celdas etmoidales izquierdas ocupadas por material con densidad de partes blandas que erosionaba pared ósea lateral del seno maxilar y la latero-inferior de la órbita, invadiendo la grasa por debajo del recto interno, que producía proptosis de 3 mm, porciones periorbitarias anteriores engrosadas, músculo temporal inflamado, venas oftálmicas y grasa retroorbitarias normales; resto de las estructuras cerebrales visibles normales.

Impresión diagnóstica: celulitis orbitaria ([fig. 1](#)).

Terapéutica

- Medidas antitérmicas si fiebre, paracetamol (al inicio), ibuprofeno.
- Cefazolina (21 días), amikacina.
- Fumarato ferroso, ácido fólico, vitamina C.
- _Suero fisiológico (gotas nasales).
- Fomentos fríos.
- Drenaje manual (presionando) de la secreción coleccionada en el párpado inferior.
- Lavados oculares de las secreciones.
- Colirios de ciprofloxacino y amikacina, este último, colirio fortificado.

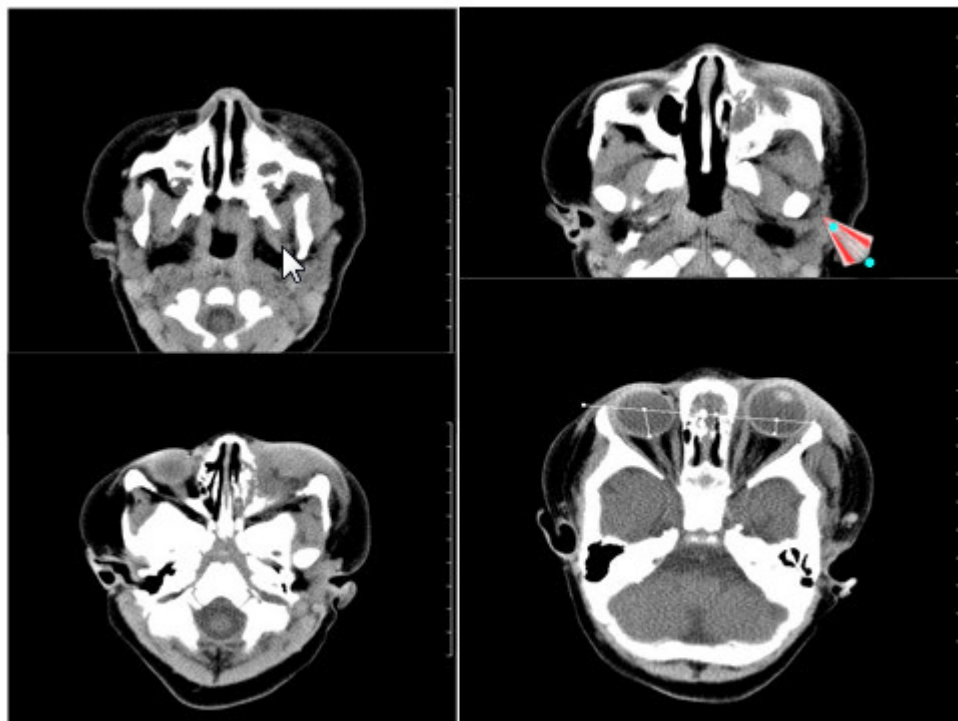


Fig. 1. TAC de órbita en cuatro vistas donde se muestra la proptosis, la ocupación de los senos etmoidal y maxilar izquierdos

La evolución fue satisfactoria. Una vez en la sala de Oftalmología, se indicó resonancia magnética (RM) en la cual se observó a nivel de la órbita izquierda ligera hiperdensidad que rodeaba el globo ocular y producía muy ligera proptosis en relación con el proceso inflamatorio en resolución.

DISCUSIÓN

La celulitis orbitaria usualmente ocurre como la complicación de infecciones de los senos paranasales, es una patología del niño mayor y raramente compromete al período neonatal, y la etiología es principalmente bacteriana^{1, 5}.

El desarrollo natural del seno maxilar inicia en el cuarto mes intrauterino, comienza a neumatizarse a los dos o tres años, después de los cinco o seis años se puede hablar de algún proceso inflamatorio y alcanza su tamaño definitivo, por lo tanto, se neumatiza por completo, alrededor de los 10-12 años. Las celdas etmoidales se neumatizan desde el nacimiento, pueden albergar un proceso infeccioso, y presentarse algunas complicaciones, de estas la más frecuente es la celulitis orbitaria⁶⁻⁸.

Se consideró que en esta paciente coincidieron varios factores que favorecieron el desarrollo de la celulitis orbitaria: tenía síntomas catarrales de las vías respiratorias altas, presentaba sinusitis del seno maxilar izquierdo más etmoiditis; aunque la lactancia materna protege a los lactantes inmunológicamente los primeros seis meses de vida, al tener dos meses de edad, su sistema inmune estaba inmaduro.

Los hemocultivos fueron negativos, no así el exudado de la secreción de drenaje ocular, que mostró la existencia de *Staphylococcus aureus*. Pantoja y Domínguez sitúan el *S. aureus* en segundo lugar dentro de los gérmenes causales de celulitis orbitaria. Pérez coincide con los autores de este trabajo, al referir que este microorganismo es el principal agente etiológico que afecta a los infantes y neonatos^{1, 6, 7}. Según Johnston, el diagnóstico de la celulitis orbitaria es clínico, pero debe complementarse con la TAC para detectar alteraciones de las estructuras orbitarias y los senos perinasales⁹.

La intervención en el caso de la celulitis orbitaria debe ser precoz y adecuada desde el inicio. Esta paciente fue discutida por especialistas de Oftalmología, Pediatría y Otorrinolaringología, coincidiendo en la conducta terapéutica. Se acordó realizar la RM para descartar posible tumoración orbitaria. La lactante evolucionó favorablemente. Se trató de un caso atípico de celulitis orbitaria con osteomielitis secundaria a sinusitis maxilar y etmoidal, pues la sinusitis maxilar es infrecuente en lactantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guadalupe Pérez M, Castro G, Mansilla C, Kaldzies C, Salas G, Rosanova M T, *et al*. Celulitis orbitaria neonatal por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad. Arch Argent Pediatr. 2012 [citado 17 feb 2012]; 110 (1):9-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Kansky JJ.Orbita En: Kansky JJ, Bowlin B. Oftalmología Clínica. 7^{ma} ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Eguía Martínez F .Celulitis orbitaria. En: Eguía Martínez F, Río Torres M, Capote Cabrera A, Ríos Caso R, Hernández Silva JR, Gómez Cabrera CG, *et al*. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Oftalmología. La Habana: Ecimed; 2009.p. 64-70.

4. Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria. Madrid, España: Guía-ABE; 2007 [actualizada 13 oct 2008; citado 17 feb 2016]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-celulitis-orbitaria-y-periorbitaria>
5. García García FE, Valle Garrido LJ, Almanza Liranza Z, Aguilar Cao M, Hechavarría Méndez E. Celulitis orbitaria, celulitis frontal y empiema como complicaciones de sinusitis. Rev Cubana Pediatr. 2013[citado 17 feb 2016]; 85(2):273-278. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Pantoja Pereda O, Rosales Silva P, Rodríguez Ulloa S, Rivero González M, Marzo Matos R, Entereza Guerra N. Etmoiditis complicada con celulitis orbitaria en un lactante. Rev Cubana Pediatr. 2014[citado 17 feb 2016]; 86(4):521-528. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Domínguez Nieto J, Álvarez Gómez Y, Hernández Alfonso A, Martín La O MF. Hipoplasia del seno maxilar en un paciente octogenario. Presentación de un caso. Gac Méd Espiri. 2012[citado 16 feb 2016]; 14(2):126-128. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/129/82>
8. Paparella M, Shumrick D. Otorrinolingüología. 2ªed. La Habana: Científica; 1982.p.1933-1940.
9. Johnston NR, Ah- Chan J J, Stegehuis HR. Near-fatal subdural empyema complicating a rapidly progressive orbital cellulites. J Emerg Trauma Shock. 2010[citado 17 feb 2016]; 3(3): 295-297. Disponible en: <http://www.onlinejets.org/article.asp?issn=0974-2700;year=2010;volume=3;issue=3;spage=295;epage=297;aui=Johnston>

Recibido: 17 de febrero de 2016

Aprobado: 17 de febrero de 2016

Dra. Elisa Tamayo Lamothe. Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: etamayo@hpuh.hlg.sld.cu