RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

REPORTES DE CASOS

Absceso orbital intraconal secundario a foco odontogénico: Reporte de Caso

Aline Oliveira Brito[1], Maria Eliana Pierre Martins[2], Cícero Cruz Macêdo[3], Carmem Ulisses Peixoto Esmeraldo[4]

Palabras clave:
absceso,
celulitis orbital,
salud oral,
sinusitis.

Resumen

Objective: Destacar la importancia de la salud oral en la infancia y del diagnóstico y tratamiento precoces de las sinusopatias y sus complicaciones. **Descripción:** Relatamos el caso de una adolescente de once años de edad que presentó cuadro inicial de odontalgia, evolucionando con edema de región mandibular, dolor en toda la hemicara derecha y posteriormente proptosis del globo ocular derecho con señales flogísticas periorbitales. El examen clínico odontológico ha confirmado la presencia de foco odontogénico con colección purulenta periapical y la tomografía computadorizada de órbitas y senos de la cara reveló pansinusitis en hemicara derecha y absceso retro-orbital de localización intraconal. El niño fue sometido a un drenaje quirúrgico del absceso orbital y antibioticoterapia venosa con buena respuesta clínica, sin mostrar ninguna secuela identificada hasta entonces. **Comentarios:** Las infecciones dentarias pueden desarrollar sinusopatias y la celulitis orbital las cuales se consideran complicaciones agudas de las enfermedades de los senos paranasales secundarias a la propagación de bacterias de la órbita, pudiendo terminar en serias complicaciones como la pérdida de agudeza visual y compromiso del sistema nervioso central.

[1] Residente - Residente de Pediatría por la Universidad Federal de Cariri - UFCA.
[2] Máster en Salud del Niño y del Adolescente por la Universidad Estatal de Ceará - Coordinadora de la Residencia Médica en Pediatría de la Universidad Federal de Cariri/UFCA.
[3] Doctorando en Ciencias de la Salud por la Facultad de Medicina de ABC/FMABC - Preceptor de la Residencia Médica e Internado de Pediatría de la Universidad Federal de Cariri/UFCA.
[4] Máster en Salud del Niño y del Adolescente por la Universidad Estatal de Ceará/UECE - Coordinadora del Internado de Pediatría y Preceptora de la Residencia Médica de la Universidad Federal de Cariri/UFCA.
Dirección:
Aline Oliveira Brito.
Universidad Federal do Cariri. Facultad de Medicina. Rua Divino Salvador, nº 284. Bairro do Rosário. Barbalha - CE. Brasil. CEP: 63180-000.

INTRODUCCIÓN

A pesar de todo el avance en el diagnóstico y tratamiento, las complicaciones de las enfermedades agudas y crónicas de los senos paranasales se presentan hoy en día como un importante factor de morbimortalidad, siendo las complicaciones orbitales más comunes según la experiencia de la mayoría de los autores[1]. Se estima que las complicaciones de la sinusitis en la era pre-antibiótica ocurrían en uno de cada cinco pacientes, y las tasas tanto de morbosidad como de mortalidad relacionadas a la celulitis orbital eran muy altas, con el 17 a 20% de estos pacientes evolucionando para óbito por meningitis o presentando pérdida visual permanente del ojo afectado[2,3]. Hoy en día, se cree que del 60 al 80% de las enfermedades inflamatorias de la órbita se originan de las cavidades sinusales, sin embargo los índices de mortalidad o secuelas no llegan al 5% de los casos[2]. El origen odontogénico de las infecciones de los senos paranasales es casi siempre subestimado, y como no todos los pacientes relatarán una queja dental o antecedente del procedimiento odontológico reciente, el origen dental puede permanecer sin sospecha[4]. Es importante que el médico asistente considere esta fuente para infecciones orbitales, teniendo en cuenta la frecuente asociación con la formación de abscesos, con mal pronóstico y necesidad de intervención quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, 11 años de edad, llegó a nuestro servicio en octubre de 2012 con queja de odontalgia hace cerca de una semana, medicada con analgésico (ibuprofeno) prescrito en servicio de urgencia con mejora momentánea del dolor. Tras cuatro días evolucionó con edema en región mandibular y dolor difusa en la hemicara derecha, presentando posteriormente área de eritema en región periorbital asociada a proptosis del globo ocular derecho. También presentaba intensa fotofobia, dolor al movimiento del globo ocular y limitación del movimiento de abducción, además de secreción ocular purulenta, sin queja de pérdida de la acuidad visual. El examen clínico odontológico confirmó la presencia de foco infeccioso odontogénico con colección purulenta periapical.

La tomografía computadorizada (TC) de órbitas y senos de la cara (Figura 1), realizada en el tercer día de internación, reveló opacamiento por sinusopatia inflamatoria acometiendo seno maxilar derecho y células etmoidales ipsilaterales; formación hipodensa con carácter expansivo de localización intraconal, presentando captación periférica del medio de contraste yodado y determinando proptosis del globo ocular derecho con leve erosión ósea adyacente; espesamiento homogéneo del nervo óptico; colección infraorbital con centro hipodenso extendiéndose a la región malar; espesamiento de partes blandas. La tomografía computarizada del cráneo mostró espesamiento de los tejidos blandos intra y extraconal a la derecha, sin más alteraciones. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis leve: 12.100/mm^3 (63% segmentados, 2% bandas, 24% linfocitos, 5% eosinófilos e 6% monocitos); hemoglobina: 11,4mg/dL; plaquetas: 419.000/mm^3 y proteína C reactiva elevada: 96 mg/L (referencia hasta 6 mg/L).

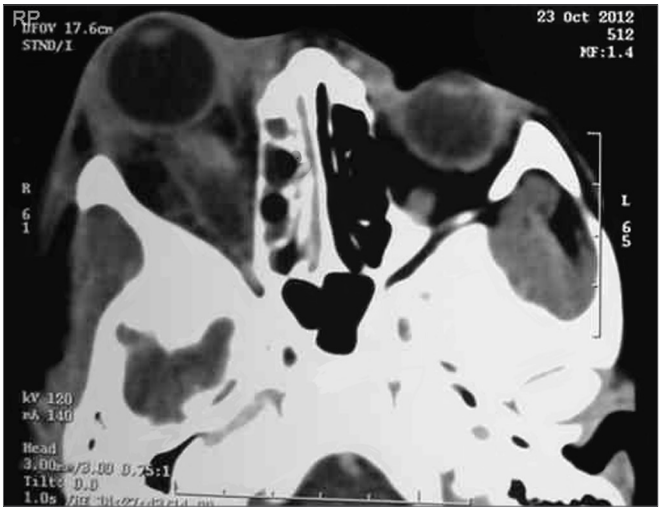


Figura 1. Imagen de TC que muestra formación intraconal determinando proptosis del globo ocular derecho.

En la admisión se inició terapia intravenosa antimicrobiana (ceftriaxona y oxacilina), además de tratamiento tópico ocular con colirio a base de gatifloxacina y prednisolona. El cirujano bucomaxilofacial optó por mantener el tratamiento conservador con antibióticos para evaluar la necesidad de una intervención quirúrgica posterior. En el cuarto día de internación, la adolescente evolucionaba sin mejora de los síntomas oculares, siendo incluido un tercer fármaco a la terapia antimicrobiana intravenosa (metronidazol) e indicando drenaje quirúrgico del absceso orbital. Se sometió a procedimiento quirúrgico convencional con incisión en el párpado inferior derecho y drenaje de la secreción purulenta, evolucionando con mejora de los síntomas y regresión de la proptosis. La terapia intravenosa se mantuvo durante veintiún días. La paciente recibió el alta en el vigésimo segundo día de internación, sin secuelas, con agudeza visual y la motilidad ocular normales. Se realizó escisión del foco dental en el ambulatorio 15 días después del alta.

DISCUSIÓN

Infecciones dentales apicales pueden desarrollar sinusopatias principalmente maxilares, debido a la estrecha relación entre los ápices de los dientes posteriores y el seno maxilar y al gran número de vasos ubicados entre la mucosa antral y el tejido periodontal[5]. La sinusitis odontogénica es más frecuente en adultos que en niños, principalmente en los pacientes con lesiones orales, dientes sépticos y secuelas de radioterapia, y los dientes más involucrados son el primer y el segundo molar, además del segundo pre-molar, probablemente debido a la distancia entre esos y el seno maxilar[6]. El diagnóstico correcto no es simple, porque hay situaciones en las que las estructuras afectadas, los signos y los síntomas del paciente, son comunes a la sinusitis sin causa dental, por lo que se necesita una anamnesis clínica

detallada, examen clínico completo y exámenes auxiliares como la tomografía computadorizada de senos de la cara[5]. En la anamnesis, los principales síntomas son odontalgias, dolores de cabeza, congestión y secreción nasal, sensibilidad en la zona anterior del maxilar y dolores durante los esfuerzos[7].

La sinusitis odontogénica muchas veces se trata inicialmente como rinosinusitis, sin embargo, como su causa no se trata, ocurren recidivas, hasta que se obtenga un diagnóstico correcto6. Se necesita actuar sobre la causa dental y sobre la sinusitis, eliminando la infección existente y previniendo recidivas y complicaciones. A pesar de que el tratamiento odontológico y el drenaje quirúrgico sean de gran importancia, la terapia antimicrobiana es parte esencial del tratamiento, y casi siempre se necesita la combinación de terapia de medicamentos y quirúrgica[5,7].

Entre las complicaciones de las infecciones sinusales odontogénicas o no, las orbitales son las más comunes, siendo más frecuentes en los niños y, en general, asociadas al compromiso de los senos etmoidales debido a la proximidad entre la cavidad orbital y el seno etmoidal y a la fragilidad de la pared etmoido-orbital en esa fase de la vida[2,1]. Otras complicaciones pueden ocurrir con menos frecuencia como meningitis, osteomielitis y absceso intracraneano[2].

La celulitis orbital es una infección bacteriana invasiva del tejido ocular post-septal cuya microbiología tiende a reflejar la patología subyacente del seno paranasal afectado, y los microorganismos más frecuentemente involucrados son *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, especies de *Haemophilus, Staphylococcus aureus*, estreptococos del grupo A y anaerobios de las vías respiratorias superior y cavidad oral[8]. Hemocultivos raramente son positivos, siendo la microbiología definida por cultivo de material líquido drenado de abscesos[8]. Los síntomas varían desde signos flogísticos periorbitales hasta proptosis del globo ocular, oftalmoplejía y amaurosis[3]. El tratamiento clínico consiste en la administración de altas dosis de antibióticos intravenosos capaces de cruzar la barrera hematoencefálica y monitorización de la respuesta a través de síntomas y signos sistémicos y visuales. En el caso de progresión del edema, disminución de la agudeza visual y/o disminución en el estado clínico, se debe realizar tomografía computadorizada[2]. Los exámenes de imagen también son útiles para verificar la etiología dental de la celulitis orbital, y la TC ha demostrado ser el examen elegido, siendo la hiperclaridad periapical el hallazgo más asociado (36,4%) con infecciones orbitales. Otros hallazgos incluyen la ampliación del espacio del ligamento periodontal, opacificación del seno, y edema de tejidos blandos pre-malares[4]. Tras la comprobación de la presencia de un absceso, se debe poner en ejecución inmediata intervención quirúrgica, por método convencional o endoscópico funcional[2]. El retraso en el diagnóstico y tratamiento de la celulitis orbital con o sin absceso eleva su potencial de complicaciones graves, como la pérdida de la visión, la trombosis, la meningitis y las infecciones intracraneales[8].

CONCLUSIÓN

Aunque actualmente las complicaciones orbitales postsinusitis y odontogénicas sean menos frecuentes, principalmente por la facilidad de los estudios por imagen que permiten un diagnóstico más preciso y precoz, así como por el uso de antibióticos de amplio espectro que auxilian en el tratamiento adecuado del proceso infeccioso, estos cuadros continúan ocurriendo y presentándose con la misma gravedad si no son diagnosticados y tratados en forma adecuada. El tratamiento de estas complicaciones requiere un equipo de especialistas como el otorrinolaringólogo controlando la infección sinusal, el oftalmólogo cuidando las complicaciones visuales, el cirujano bucomaxilofacial identificando e interviniendo en el foco dental y el pediatra cuidando la parte clínica. Se necesita un enfoque multidisciplinario rápido, pues la demora en el diagnóstico puede resultar en la muerte del paciente.

REFERENCIAS

1. Anselmo-Lima WT, Cruz AAV. Complicações das rinossinusites. In: Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA. Otorrinolaringologia Princípios e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. P. 673-9.
2. Neto LM, Pignatari S, Mitsuda S, Fava AS, Stamm A. Sinusite aguda em crianças: estudo retrospectivo de complicações orbitárias. Rev Bras Otorrinolaringol. Janeiro-Fevereiro 2007, 73(1): 81-5.
3. Cruz AAV, Demarco RC, Valera FCP, Santos AC, Anselmo-Lima WT, Marquezini RMS. Complicações orbitárias da rinossinusite aguda: uma nova classificação. Rev Bras Otorrinolaringol. Setembro-Outubro 2007, 73(5): 684-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000500015
4. DeCroos FC, Liao JC, Ramey NA, Li I. Management of Odontogenic Orbital Cellulitis. JMedLife. 2011 July-September, 4 (3): 314-7.
5. Vale DS, Araújo MM, Cavalieri I, Santos MBP, Canellas JVS. Sinusite Maxilar de origem Odontogénica: Relato de Caso. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2010, 51(2): 141-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(10)70003-0
6. Franche GL, Krumenauer RCP, Böhme ES, Mezarri A, Wiebbeling AMP. Sinusite odondogénica. RGO. Abril-Junho 2006, 54(2): 175-7.
7. Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 September, 135(3): 349-55. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2005.10.059
8. Fanella S, Singer A, Embree J. Presentation and management of pediatric orbital cellulitis. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2011, 22(3): 97-100. PMID: 22942886