



PANSINUSITIS BACTERIANA COMPLICADA A PROPÓSITO DE UN CASO

Santos Cañón R., García Malagón C., Villarejo Pérez A., Vecchi Burastero M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones supurativas intracraneales de la sinusitis bacteriana aguda son infrecuentes (3-5%) pero potencialmente graves, por lo que reconocerlas y tratarlas precoz y adecuadamente es de vital importancia. La sinusitis frontal y esfenoidal son las que más frecuentemente desarrollan extensión intracraneal en forma de abscesos epidurales y subdurales. La **cefalea** es un síntoma constante en estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años, en tratamiento con amoxicilina oral desde las 24h previas por sospecha de sinusitis frontal aguda, que reconsulta por empeoramiento clínico:

MOTIVO DE CONSULTA

- Fiebre persistente (39.6°C)
- Cefalea frontal
- Vómitos
- Dificultad para apertura OI

EXPLORACIÓN FÍSICA

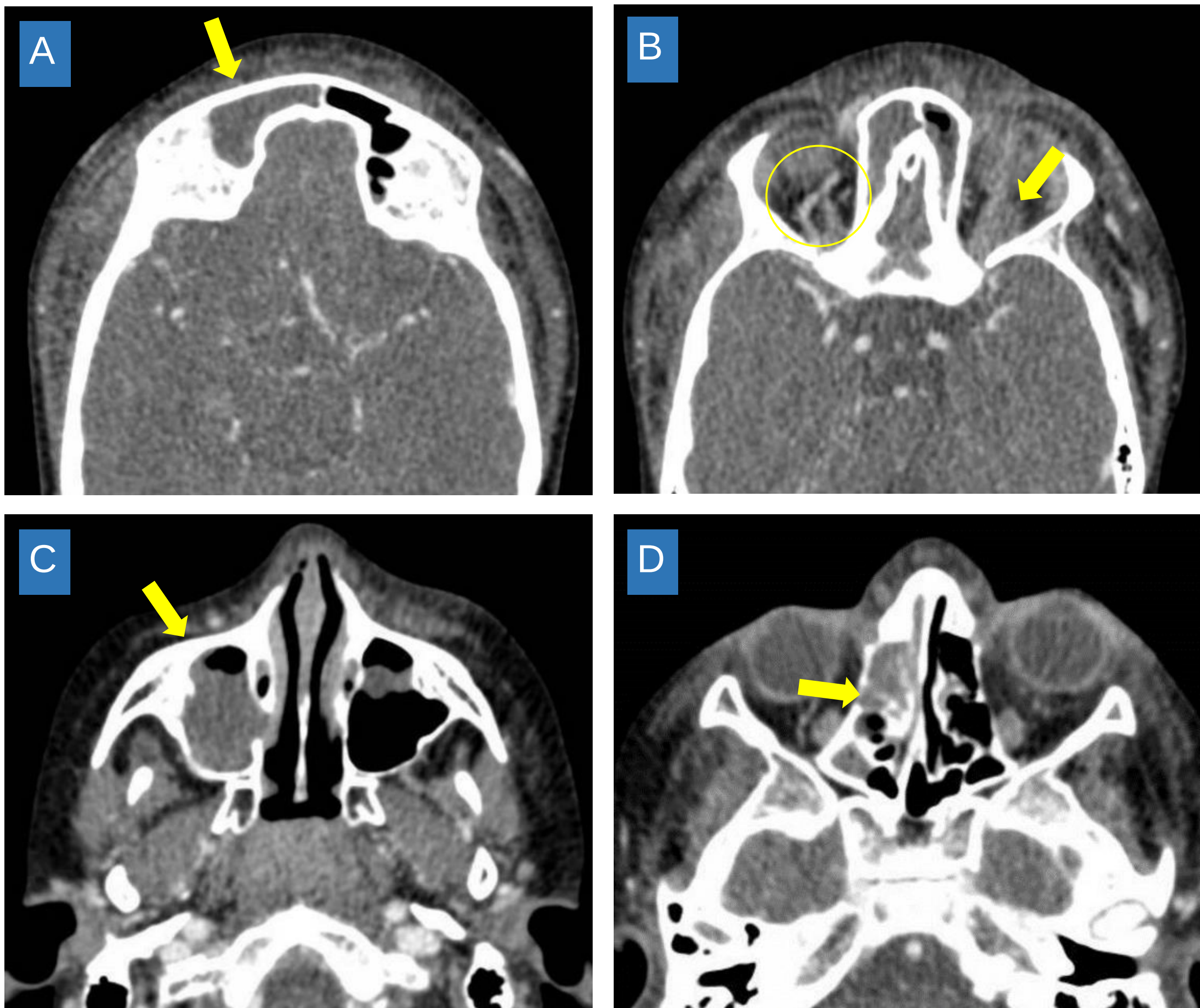
- Dolor movimientos oculares**
- Diplopía** en la mirada extrema
- Edema palpebral OI
- Afectación estado general**

ANALÍTICA

- Leucocitosis + neutrofilia
- Proteína C reactiva > 300 mg/L
- Fibrinógeno > 800 mg/dL
- Tiempos de coagulación alargada

- Sospecha de complicación intracraneal.
- **Antibioterapia iv amplio espectro + TAC urgente**

INGRESO



Imágenes A-D. TAC urgente al ingreso.

- A: Sinusitis de seno frontal derecho
- B: Trombosis de la vena oftálmica superior izda. La flecha señala la ausencia de contraste, a diferencia de la contralateral (círculo)
- C: Sinusitis de seno maxilar derecho
- D: Sinusitis etmoidal

EVOLUCIÓN

Manejo conservador inicial:

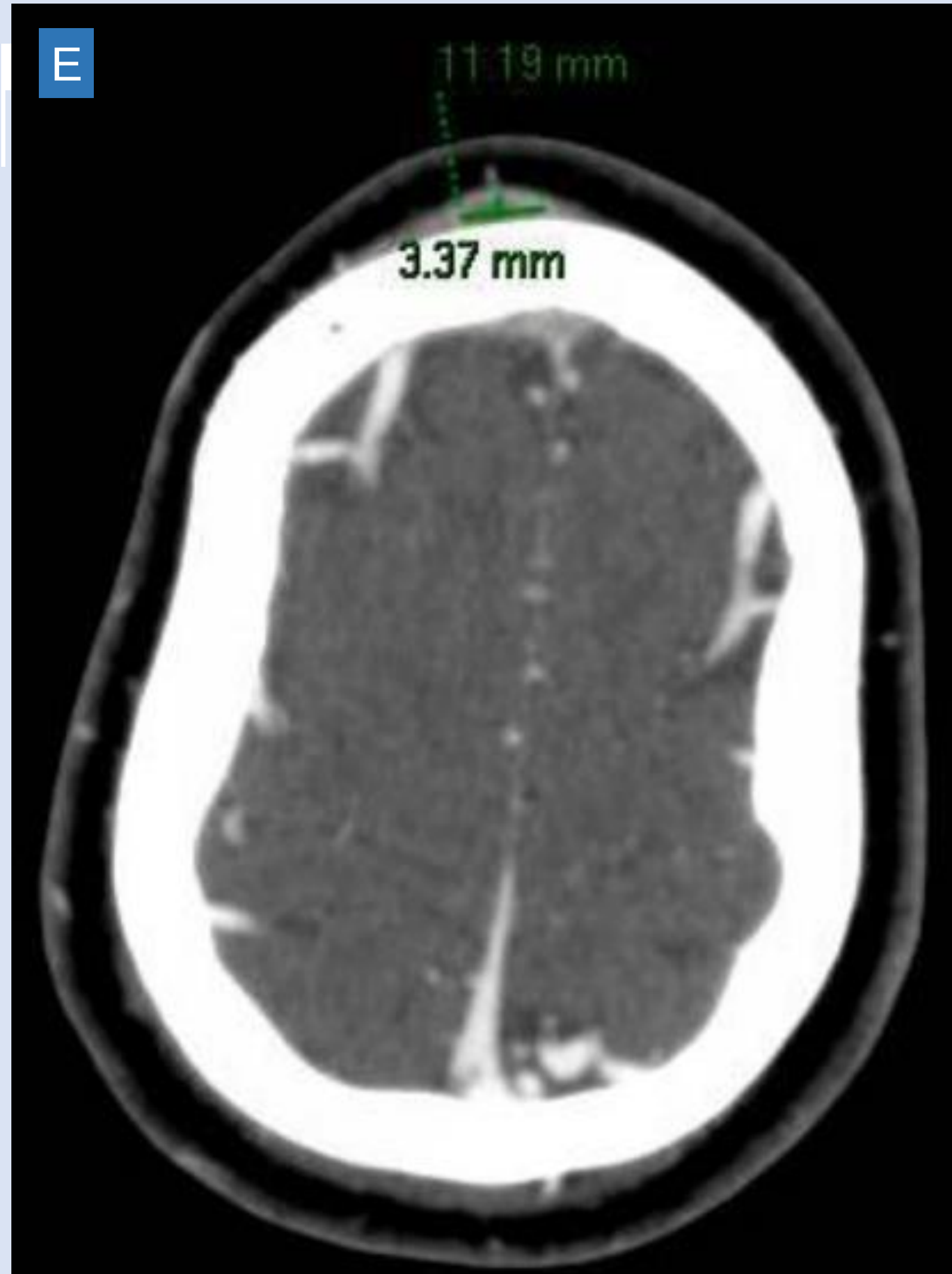
- Cefalosporinas 3ªG+ metronidazol
- Enoxaparina

A las 48h, de forma súbita:

cefalea intensa, vómitos y obnubilación

Nuevo TAC urgente: progresión radiológica con **trombosis del seno cavernoso izdo y absceso subgaleal** (imagen D)

Se decide con ORL **drenaje quirúrgico bilateral urgente**. Se obtienen nuevos hemocultivos y cultivos de aspirado de senos.



- Aislamiento: *S. Aureus* sensible a meticilina en cultivo de senos, *S. intermedius* sensible a cefotaxima en hemocultivo.
- Mejoría clínica-radiológica. Alta a los 14 días, manteniendo antibioterapia intravenosa ambulatoria dirigida (cefalosporinas + metronidazol) hasta completar **5 semanas**.

COMENTARIO

La sinusitis bacteriana aguda ocurre en un 6-9 % de las infecciones víricas de vía aérea superior. Se presenta con síntomas persistentes de congestión nasal y secreción purulenta, fiebre y cefalea, generalmente durante más de 3-4 días. La presencia de vómitos, cefalea intensa, edema periorbitario y afectación del estado general o focalidad neurológica deben hacer sospechar la existencia de extensión intracraneal y requiere la realización de pruebas de imagen y, en algunos casos, intervención quirúrgica. En los casos complicados es más frecuente la etiología microbiana con estreptococos del grupo viridans, *S. Aureus*, y anaerobios que en la sinusitis no complicadas (causadas generalmente por *H. influenzae*, neumococo y *M. catarrhalis*).

CONCLUSIÓN

Nuestro caso manifiesta la importancia de la evaluación clínica durante el manejo de un proceso infeccioso, a pesar de una aparente cobertura antibiótica correcta. La presencia de cefalea y alteración del nivel de conciencia motivaron la repetición de la prueba de imagen y la decisión posterior de abordaje quirúrgico para el control del foco infeccioso..