



EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS AGUDA Y CELULITIS ORBITARIA.

Rodríguez García, C. Bellido Gallego, C. Briosó Galiana, J. Gil Suárez, A. Rodríguez Rueda, C.

Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

INTRODUCCIÓN

La rinosinusitis aguda presenta generalmente buena evolución con tratamiento adecuado, aunque en ocasiones, incluso siendo este correcto, puede presentar complicaciones (celulitis orbitaria, colecciones intracraneales intra y extraaxiales). Estas pueden presentar una importante morbilidad, siendo importante sospecharlas clínicamente, diagnosticarlas y tratarlas lo antes posible.

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años que acude a urgencias por tumefacción palpebral derecha, dolor ocular y fiebre de 5 días, recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral desde hacia 72 horas por sospecha de rinosinusitis aguda.

EF: destaca edema facial, tumefacción palpebral bilateral, sobre todo derecha, con eritema y dificultad para apertura ocular derecha asociando dolor a la movilización ocular.

PPCC:

- Analítica: Leucocitosis discreta y PCR de 79.4 mg/l.
- Se solicita TC urgente de cráneo observándose **pansinusitis y celulitis preseptal** derechas, decidiéndose ingreso para tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico y corticoides.

Durante las primeras 48 horas de ingreso queda afebril y presenta mejoría significativa de la tumefacción ocular.

Al tercer día de ingreso presenta **reaparición de la fiebre, mayor tumefacción ocular y empeoramiento analítico**, objetivándose en nuevo TC de cráneo afectación orbitaria con engrosamiento del músculo recto superior y **absceso subperióstico** de pequeño tamaño, cambiándose la antibioterapia a cefotaxima y clindamicina intravenosas.

Tras esto presenta mejoría clínica, con nuevo empeoramiento entre el octavo y noveno día de ingreso con **aparición de fiebre, decaimiento, cefalea, sensación de inestabilidad y paresia de miembro inferior izquierdo**, solicitándose nuevo TC de cráneo donde se aprecia **empiema subdural frontal derecho de 12 mm**, disrupción de margen cortical superior del seno frontal derecho y **absceso subperióstico de mayor tamaño**.

Es trasladada a hospital de tercer nivel, donde tras valoración por neurocirugía se realiza drenaje quirúrgico del empiema e inicio de antibioterapia intravenosa con metronidazol, vancomicina y cefotaxima.

Tras crecimiento de *Streptococcus intermedius* sensible a penicilina en cultivo de drenaje, se cambia antibioterapia a penicilina y metronidazol intravenosos con paso posterior a linezolid oral, completando un total de 6 semanas de tratamiento, presentando buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

- Una rinosinusitis aguda con evolución tórpida (no respuesta a antibioterapia, fiebre persistente, clínica neurológica, edema palpebral significativo) obliga siempre descartar complicaciones asociadas.
- Las pruebas de imagen (TC y RMN) son fundamentales para el diagnóstico y seguimiento de estas complicaciones
- En algunos casos seleccionados el tratamiento de los empiemas subdurales puede ser conservador, aunque la mayoría precisan drenaje quirúrgico además de antibioterapia prolongada durante 4-6 semanas.