

SINUSITIS AGUDA BACTERIANA COMPLICADA

López Pavía, Claudia; Bretón-Martínez, José Rafael; González Álvarez, Lucía; Millán García, Lucía; López-Prats Lucea, José Luís. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción

La sinusitis aguda bacteriana aparece en el curso del 6-10% de las rinosinusitis víricas. Debemos sospecharla ante sintomatología prolongada, grave o presentación bifásica. Sus complicaciones intracraneales afectan a un 4% de los pacientes hospitalizados. A continuación, presentamos un caso de una sinusitis aguda bacteriana complicada.

Caso clínico

Adolescente de 14 años que consulta en urgencias de pediatría por fiebre y cefalea

Antecedentes: sin interés

Enfermedad actual

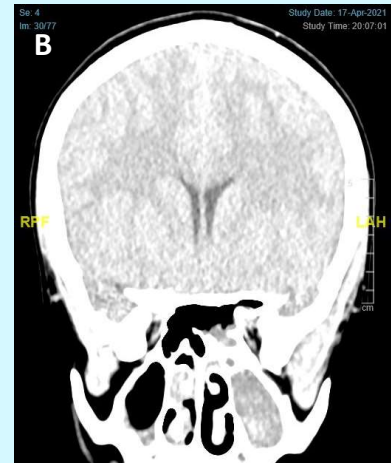
- 3 días de evolución
- Fiebre de hasta 39°C + cefalea holocraneal intensa + vómitos de repetición
- Tto. Previo: amoxicilina v.o. a dosis bajas

Exploración clínica

- FC 210-105lpm; FR 32 rpm; PA 99/55mmHg; SatO₂: 99%; T³: 37,1°C
- TEP inestable por facies de dolor, palidez cutánea y aspecto séptico
- Glasgow 15. Signos meníngeos negativos. Exploración neurológica normal.
- Edema palpebral bilateral y dolor en puntos sinusales maxilares y frontales
- Mucosidad verdosa en cavum y adenopatías cervicales bilaterales dolorosas.
- ACP y abdomen normales

Exploraciones complementarias al ingreso:

- Análisis sanguíneo: L 13600; N 12900. PCR 360mg/L; PCT 65,22ng/ml
- Gasometría venosa: pH 7,48; HCO₃⁻: 24,8 mmol/L; pCO₂: 34 mmHg
- Punción lumbar: Glucosa de 64 mg/dl; Proteínas de 14,2 mg/dl; Sin leucocitos



Pruebas de imagen:

- Radiografía de tórax del paciente con dudoso infiltrado en lóbulo inferior derecho.
- Tomografía axial computarizada craneal con ocupación de senos craneales. No se observan lesiones intracraneales.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: Sepsis secundaria a sinusitis bacteriana aguda grave junto con probable neumonía



INGRESO EN UCI-P

Tratamiento: Cefotaxima → Meropenem 1g iv c/6h + vancomicina (500 mg iv c/6h) + SF a 10ml/kg/h

Evolución

Día 1

- Afebril, sin cefalea, estable
- PCR 279 mg/L; PCT 46ng/ml
- Paso a sala de Escolares-Aislados

Día 4-5

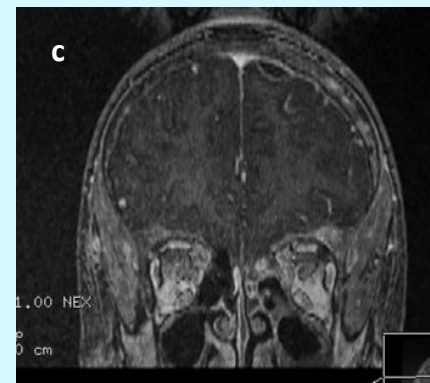
- Ascensos febriles 38,2°C-38,5°C
- Reparición de cefalea
- Dolor y tumefacción en región supraciliar derecha

Día 3

- 12680 L y 9060 N; PCR 104,4 mg/L, PCT 12,41 ng/ml; VSG 58 mm
- RMN sin hallazgos patológicos
- Tto.: Cefotaxima + vancomicina

Día 6

- 12250 L con 8270 N; PCR 91,2 mg/L, PCT 1,68 ng/ml; VSG 76mm
- Ecografía región supraciliar: tromboflebitis superficial



c. Resonancia magnética cerebral: Dos empujones de morfología fusiforme y realce periférico en localización parasagital frontal anterior izquierda de 10x4 mm y 12x5 mm con realce lineal meníngeo asociado.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: COMPLICACIÓN INTRACRANEAL DE LA SINUSITIS BACTERIANA

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

(se desestima intervención neuroquirúrgica por el pequeño tamaño)

Tratamiento: Meropenem 2g c/6h + linezolid + metronidazol intravenoso durante 4 semanas

Conclusiones

Las complicaciones intracraneales, aunque raras, presentan altas tasas de morbi-mortalidad. Los síntomas pueden ser inespecíficos por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha y realizar pruebas complementarias ante un empeoramiento clínico. Su tratamiento combina antibioterapia intravenosa de amplio espectro durante 4-6 semanas con cirugía endoscópica nasosinusal y, frecuentemente, intervención neuroquirúrgica.