

# Historia Clínica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

María Lujan Gómez<sup>a</sup>, Daniela Lis<sup>b</sup> y Julietta Paolillo<sup>c</sup>

## Datos personales

- Nombre y apellido: T. P.
- Edad: 8 meses.
- Sexo: masculino.
- Fecha de ingreso: 10/09/2015.
- Procedencia: San Miguel, provincia de Buenos Aires.

## Motivo de consulta

Fiebre y tumefacción con eritema en ojo derecho.

## Motivo de internación

Celulitis periorbitaria vs. celulitis orbitaria.

## Enfermedad actual

Paciente de 8 meses de vida, concurre al departamento de urgencias de este hospital por presentar tumefacción con eritema en región orbitaria derecha y fiebre en las últimas 72 horas. Refiere como antecedente un catarro de vías aéreas superiores de dos semanas de evolución. Según relato materno consulta previamente en dos hospitales cercanos al domicilio, donde indican amoxicilina, habiendo recibido sólo una dosis del mismo. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

## Antecedentes personales

**Alimentación actual:** lactancia materna y dieta acorde a edad.

**Vacunas incompletas:** se constata sólo las correspondiente a dos meses de vida.

Desarrollo neuromadurativo acorde a la edad.

## Examen físico al

### ingreso a la Unidad de Clínica

Paciente en regular estado general, afebril (37,1°C), en suficiencia cardiorrespiratoria.

Signos vitales: Frecuencia cardíaca: 140 por minuto. Frecuencia respiratoria: 36 por minuto. Tensión arterial: 80-40 mmHg.

Presenta gran tumefacción, eritema y edema palpebral del ojo derecho, sin limitaciones al movimiento ocular ni proptosis. Abundante secreción purulenta del mismo ojo.

Soplo sistólico 1/6 sin irradiación.

Buena mecánica ventilatoria, con entrada de aire bilateral, simétrica y rales gruesos transmitidos de vía aérea superior. Saturación 98% aire ambiental.

Abdomen blando, depresible, indoloro. No impresionan masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos conservados.

Examen neurológico normal.

Resto del examen físico normal.

## Exámenes complementarios solicitados

Hemograma: Glóbulos Blancos(GB) 24.600/mm<sup>3</sup> Cayados (C): 11%, Neutrófilos(N): 70%, Eosinófilos(E): 0%, Linfocitos(L): 14%, Monocitos(M): 5%), Hemoglobina(Hb): 9,7 gr/dl, plaquetas: 541.000 (Leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia).

Eritrosedimentación: 80 mm/h (elevada).

Proteína C Reactiva (PCR): 79,41 mg/L (elevada).

Hemocultivos positivos con rescate de *Staphylococo aureus* meticilino resistente (SAMR)

LCR: Aspecto hemorrágico, color turbio, proteinorraquia 74, glucorraquia 88, glucemia 127, recuento celular 118 con mononucleares 60. Traumática. Cultivo negativo.

Química: urea 30mg/dl, glucemia 123 mg/dl, ácido úrico 5,4mg/dl, creatinina 0,25mg/dl, calcio 9.9mg/dl, bi t 0.4 GPT 9u/l GOT 20u/l pt 7g/dl alb 3.8gr/dl (normal)

a. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica.  
b. Residente de 2<sup>do</sup> año de Clínica Pediátrica.  
c. Residente de 1<sup>er</sup> año de Clínica Pediátrica.

Perfil inmunológico: Dosaje de inmunoglobulinas: IgG 590, IgA 51, IgM 238 (normales) Poblaciones linfocitarias CD3 52% CD4 34% CD8 16% CD19 37% (normales) Test de dihidrorodamina normal. No presenta citopenias.

Tomografía computada (TAC) de encéfalo:

A nivel de la pared interna y piso de la órbita derecha se reconoce un tejido con densidad de partes blandas, en íntimo contacto con los músculos recto interno y recto inferior, los cuales se encuentran engrosados. Nótese proptosis *figuras 1a y 1b*.

**Figuras 1a**



**Figuras 1b**



## TRATAMIENTO

- Ceftriaxona 100mg/kg/d.
- Vancomicina 80 mg/kg/d.
- Eritromicina ungüento.
- Tobramicina en gotas.
- Dexametasona 0,6mg/kg.
- Salbutamol 2 puff cada 4 hs.

## Planteos diagnósticos

Celulitis orbitaria/Celulitis periorbitaria.

Infecciosas: Herpes Zoster, Endoftalmitis, Conjuntivitis severa.

Vasculares: Trombosis del seno venoso.

Tumorales: Neuroblastoma, Rabdomyosarcoma.

Seudotumor Inflamatorio: Etiología desconocida, síndrome de Tolosa Hunt.

Patología estructural de la órbita y aparato lagrimal: mucocele, dacriocistitis, várices de la órbita, traumas.

Otras: Orzuelo, picadura de insectos, reacción alérgica severa.

## Evolución Clínica durante la internación

El paciente ingresa en regular estado general, febril, con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se realizan dos hemocultivos ambos positivos 2/2 para SAMR, punción lumbar con cultivo de LCR (negativo). La TAC de órbita y cerebro informa engrosamiento de partes blandas preseptal extendido a región malar y nasal, con ocupación de senos etmoidal interpretado como celulitis orbitaria. Teniendo en cuenta la gravedad de la infección de piel y partes blandas, la cercanía a sistema nervioso central, la bacteriemia por SAMR y el esquema incompleto de vacunas, se decide medicar con ceftriaxona 100 mg/kg/d y vancomicina 80 mg/KG/d a dosis meníngeas.

El paciente evoluciona favorablemente, afebril desde 48 horas posteriores del ingreso, los hemocultivos de control negativos. Con el cultivo positivo para SAMR suspende ceftriaxona; continúa con vancomicina 80 mg/kg/d durante 10 días cubriendo celulitis orbitaria y sepsis con rescate de SAMR. Con mejoría clínica, y de los valores de laboratorio GB 15.200/mm<sup>3</sup> (NC: 2%, NS: 36%, E: 0%, L: 53%, M: 10%), Hb: 11,3, Hto 34,7, plaquetas: 486.000 y PCR menor a 0.6 mg/L, se otorgó el egreso hospitalario con tratamiento vía oral con trimetoprima sulfametoxazol 10 mg/kg/d y seguimiento ambulatorio.

### Diagnóstico al egreso

Celulitis orbitaria y sepsis por *Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistente (SAMR).

### Comentario

Las celulitis orbitaria como periorbitaria se presentan principalmente en menores de 5 años. Para diferenciarlas entre sí, en la celulitis preseptal la inflamación se limita a los tejidos por delante del septo orbitario, mientras que en la celulitis orbitaria, la inflamación se extiende a la región postseptal, con afectación del contenido de la órbita (grasa y músculos orbitarios).

El conocimiento de la anatomía del ojo es importante para comprender la facilidad en la diseminación de la infección de estructuras contiguas. Las venas que drenan la órbita, los senos etmoidales y maxilares, y la piel del ojo y tejidos periorbitarios constituyen una red de anastomosis sin válvulas.

Este sistema venoso ofrece oportunidades para la propagación de la infección de un sitio anatómico a otro. La celulitis orbitaria surge, en la mayoría de los casos, como consecuencia de la extensión por contigüidad a partir de una sinusitis, identificándose esta vía en más del 60% de los casos.

La sinusitis etmoidal es el origen más común de la infección orbitaria al estar separado de ésta, únicamente por una estructura porosa. En la actualidad, los agentes causantes de celulitis septal/preseptal con más frecuencia son *Staphylococcus* y *Streptococcus*.

Aunque ambas suelen causar edema y eritema palpebral, la presencia de oftalmoplejía, dolor al movimiento ocular, y/o proptosis ocurre sólo en la orbitaria. Los estudios por imágenes refuerzan el diagnóstico y la búsqueda de complicaciones.

Tanto la TAC como la RM son útiles, siendo la RM superior para determinar el compromiso de los tejidos blandos.

### Bibliografía

1. Paganini H: Celulitis orbitaria y periorbitaria. En: Infectología Pediátrica. Editorial Científica Interamericana S.A.C.I. Buenos Aires. 1ª edición. 2007. pp343-346.
2. Hauser A, Fogarasi S. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatrics in Review*. 2010;31;242-249.
3. Rodríguez Ferrana L. Celulitis orbitaria y periorbitaria. *Anales Españoles de Pediatría*; 2000; 53;567-572.
4. Givner L. Periorbital versus orbital cellulitis. *Pediatrics* 2000;106:e61.
5. Terrence P. O'Brien: Infecciones perioculares. En: Mandell, Douglas y Bennett: Enfermedades infecciosas. Editorial Panamericana. 5ª edición. 2004. pp1549-1555.
6. Ellen R W. Periorbital and Orbital Infections. *Infectious Disease Clinincs of North America*; 2007;21;393-408.
7. Rudloe T. Acute Periorbital Infections: Who Needs Emergent Imaging. *Pediatrics* 2010;125:e719.

### Agradecimiento

Unidad 8 Clínica Pediátrica.