

¿Cuál es su diagnóstico? Respuesta

What is your diagnosis? Answer

PABLO G. DEI-CAS^a; CECILIA P. PATIÑO^a; FLORENCIA A. LOPERFIDO^a;
ANA CLARA VULCANO^a; MATIAS E. GUNTHER^a

La respuesta correcta es D. Etmoiditis complicada con celulitis orbitaria.

Se la define como la inflamación e infección de la mucosa de las celdas etmoidales, que agrupadas conforman el seno etmoidal. Este, en condiciones normales, se desarrolla en el 2^{do}. trimestre del embarazo y se presenta neummatizado al momento del nacimiento, siendo estéril. Su compromiso es iniciado por un proceso infeccioso respiratorio alto, el que genera edema e inflamación de la mucosa, obstruyendo los pequeños orificios de drenaje y dificultando así la depuración mucociliar. Esto determina el crecimiento bacteriano local.

La presentación clínica de esta patología se caracteriza por la aparición de edema en el ángulo medial del ojo, pudiendo extenderse rápidamente a las estructuras adyacentes.¹

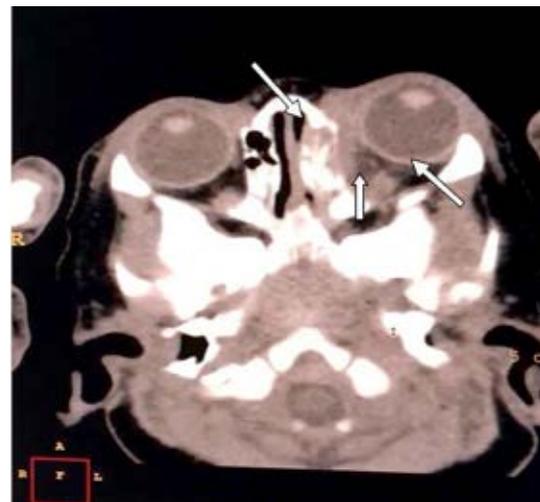
Los agentes etiológicos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*, por lo que debe instaurarse la antibioticoterapia correspondiente para su cobertura (clindamicina y ceftriaxona por vía intravenosa) durante dos semanas, nuestro paciente presentó una evolución clínica favorable. Las complicaciones orbitarias en las etmoiditis son infrecuentes, pero constituyen una urgencia, entre ellas, por contigüidad del foco infeccioso, la celulitis orbitaria.^{1,2}

Ante la presencia de eritema, tumefacción o dolor periorbitario, proptosis, quemosis y disminución de los movimientos oculares (no habiéndose constatado este último hallazgo en este caso), se diagnostica celulitis orbitaria. Son necesarios estudios de diagnóstico por imágenes (tomografía axial computarizada) para comprobar la existencia

de complicaciones, tanto orbitarias como intracra-neales.³ (Fotografía 2)

La inflamación unilateral de un párpado supone un motivo de consulta pediátrico relativamente frecuente, por lo que al evaluar otros diagnósticos diferenciales, este signo puede ser debido a múltiples causas entre las que se encuentran la **conjuntivitis** que es la infección ocular más común en la práctica diaria. Puede ser aguda (<3 semanas) o crónica (> 3 semanas) y ser secundaria a infección, a sustancias irritantes o alérgica. La inflamación de la conjuntiva se manifiesta con enrojecimiento, lagrimeo y secreción, puede existir sensación de cuerpo extraño pero el dolor es raro y, cuando existe, deben sospecharse otros diagnósticos. La agudeza visual está conservada.

Fotografía 2. TAC cerebral con cortes en órbita: Celdillas etmoidales y órbita izquierdas ocupadas (flechas). Globo ocular desplazado.



a. Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón de Avellaneda.

Correspondencia: pediatriaperon@gmail.com

Conflicto de interés: ninguno que declarar.



Las **celulitis periorbitaria o preseptal y orbitaria o septal**, comparten algunos signos y síntomas clínicos, como el edema, el eritema y el aumento de calor local del párpado, pero en general se trata de dos procesos epidemiológica y patogénicamente diferentes e independientes: Como primera premisa, una celulitis preseptal no progresa hacia una celulitis orbitaria. Tanto la celulitis preseptal como la orbitaria son mucho más frecuentes en niños que en adultos, pero la primera entidad es mucho más prevalente que la segunda.

La celulitis periorbitaria se produce con más frecuencia en pacientes menores de 5 años y, por el contrario, la celulitis septal afecta a niños de mayor edad. Es de crucial importancia distinguir ambas entidades puesto que existen grandes diferencias en su manejo clínico y su pronóstico: la celulitis preseptal, al ser una infección de los tejidos blandos de los párpados que no sobrepasa el séptum orbitario, no suele ocasionar grandes complicaciones.

Por el contrario, la celulitis orbitaria puede conllevar complicaciones graves, como la pérdida de la agudeza visual o la infección del sistema nervioso central, y se diferencia de la anterior por la presencia de ciertas características clínicas: como oftalmoplejía, dolor a la movilización ocular y proptosis.⁴⁻⁶

Luego de haber descartado la causa infecciosa, ante un niño con protrusión ocular debemos considerar la etiología oncológica. El **rabdomiosarcoma**, es una entidad de baja prevalencia en el grupo etario de nuestro paciente. Es una neoplasia maligna originada a partir de células musculares esqueléticas, por lo que puede presentarse en casi todo el organismo. El compromiso ocular es poco frecuente, y se manifiesta con protrusión o inflamación de un ojo y dolor. La agudeza visual está comprometida y puede hacer metástasis a distancia, aunque no es lo más frecuente.

También podemos mencionar, entre otras causas de protrusión ocular, a la **metástasis del neuroblastoma**, tumor extracraneal sólido más predominante. Representa el 6% de los cánceres infantiles en nuestro medio, comprometiendo mayoritariamente a los menores de 4 años. Puede originarse a lo largo de toda la cadena simpática, pero las localizaciones más prevalentes son la abdominal y la mediastínica. La sintomatología depende del sitio afectado. La metástasis ocular no suele ser un hallazgo demasiado habitual.⁷

La **histiocitosis de células de Langerhans** constituye una enfermedad poco frecuente en la que existe proliferación clonal de células dendríticas mieloides CD1a positivas, asociada a un importante componente inflamatorio y compromiso sistémico. Se describen dos formas de esta patología, la unisistémica en la que se afecta el hueso, y la multisistémica en la que pueden estar comprometidos pulmón, hígado y órganos hematopoyéticos. A nivel óseo (más frecuentemente afectado), en pediatría predominan las lesiones líticas en el cráneo, el fémur, las costillas, el húmero y las vértebras. La afectación de la órbita constituye una rareza, pudiéndose presentar clínicamente con edema periorbitario y proptosis.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantoja Pereda O, Rosales Silva P, Rodríguez Ulloa S, et al. Complicated ethmoiditis with orbital cellulitis in a nursing. *Rev Cubana Pediatr* 2014; 86(4): 521-528.
2. Pérez G, Castro G, Mansilla C. et al. Staphylococcus aureus methicillin-resistant community acquired neonatal orbital cellulitis. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110(1):e9-e12.
3. Ricos Furio G, Gibert Agulló A, Youssef Fasheh W. Acute ethmoiditis: Review of 38 cases. *An Esp Pediatr* 1996;44(2):129-132.
4. Gimeno Sánchez I, Rojo Conejo P. Celulitis preseptal y orbitaria. *An Pediatr Contin* 2014;12(6):284-288.
5. Gómez Campdera JA, Navarro Gómez ML, García-Mon Marañes F. et al. Orbital and periorbital cellulitis in children: Report of 116 patients. *An Esp Pediatr* 1996;44(1):29-34.
6. Abate H, Agosti M, Aletti A, et al. Comité Nacional de Infectología. Libro Azul de Infectología Pediátrica. Fundación Sociedad Argentina de Pediatría. 4ª Edición. 2012. Cap. 15: Infecciones de piel y partes blandas: 83-86.
7. Moreno F, Schwartzman E, Scopinaro M. *¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?* Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA). Neuroblastoma, pág. 17-20. Edición 2008.
8. Huidobro Chávez A, Vigo Pareja G, Pachás Peña C, et al. Histiocitosis de células de Langerhans con afectación de la órbita en un lactante: reporte de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116 (271):e283-e287.

Texto recibido: 11 de octubre de 2018.

Aprobado: 10 de diciembre de 2018.

No existen conflictos de interés a declarar.

Forma de citar: Dei-Cas P, Patiño C, Loperfido F y col. ¿Cuál es su diagnóstico? *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2018;60(271):322-323.