



Etmoiditis agudas en la infancia

M. François

La etmoiditis aguda es la infección bacteriana de las celdillas del laberinto etmoidal, situado entre la órbita al nivel lateral, la porción alta de las fosas nasales al nivel medial y la base del cráneo al nivel superior y posterior. Sólo se diagnostica cuando se exterioriza. Es muy infrecuente y en los niños pequeños se produce de forma aislada, pero en los niños mayores suele asociarse a la afectación de otros senos (pansinusitis). El signo de alarma es la aparición de un edema en el ángulo interno del ojo, que se extiende con más o menos rapidez a las estructuras adyacentes, en un contexto febril. Las formas atípicas pueden hacer que se sospechen otros diagnósticos, que se descartan mediante la anamnesis y la exploración física, completadas en ocasiones con varias pruebas complementarias. Los microorganismos responsables son Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae y los anaerobios. En ocasiones, es necesario realizar pruebas de imagen para comprobar la ausencia de complicaciones orbitarias y endocraneales que pueden comprometer el pronóstico vital y visual. El tratamiento se basa en la antibioticoterapia parenteral adaptada a los microorganismos responsables. Las complicaciones orbitarias y endocraneales pueden requerir tratamiento quirúrgico.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Etmoiditis exteriorizada; Absceso orbitario subperióstico; Tomografía computarizada; Resonancia magnética; *S. pneumoniae*; *S. aureus*; Cefalosporina de tercera generación

Plan

■ Introducción	1
■ Formación del laberinto etmoidal	1
■ Anatomía	2
■ Fisiopatología de la etmoiditis aguda y de sus complicaciones	2
Etmoiditis aguda	2
Extensión orbitaria	2
Complicaciones intracraneales	2
■ Contexto	2
■ Formas clínicas	3
Fase catarral	3
Fase supurada	3
■ Pruebas complementarias	3
Pruebas de imagen	4
Bacteriología	4
Análisis de sangre	5
■ Diagnóstico diferencial	5
■ Formas recidivantes	5
■ Tratamiento	6
Tratamiento antibiótico	6
Tratamiento de las complicaciones	6
■ Conclusión	7

■ Introducción

La etmoiditis aguda es la infección de las celdillas del laberinto etmoidal, situado entre la órbita al nivel lateral, la porción alta de las fosas nasales al nivel medial y la base del cráneo al nivel superior. Sólo se diagnostica cuando se exterioriza. El laberinto etmoidal es el primer seno que aparece. Por tanto, la etmoiditis se produce de forma aislada en los niños pequeños, mientras que en los niños mayores suele asociarse a la afectación de otras cavidades sinusales (pansinusitis)^[1]. El signo que motiva la consulta es la aparición de un edema intenso en el párpado superior, que comienza en el ángulo interno del ojo^[2]. La aparición de este edema en un contexto febril es prácticamente sinónima de etmoiditis aguda exteriorizada. Las formas atípicas pueden hacer que se sospechen otros diagnósticos, que se descartan mediante la anamnesis y la exploración física, completadas en ocasiones con varias pruebas complementarias. Puede ser necesario realizar pruebas de imagen para comprobar la ausencia de complicaciones que pueden comprometer el pronóstico vital y visual.

■ Formación del laberinto etmoidal



Los estudios anatómicos^[3] y radiológicos^[4] han permitido esclarecer la formación del laberinto etmoidal.



Figura 1. Visualización del laberinto etmoidal mediante tomografía computarizada en un recién nacido.

- A.** Corte axial.
B. Corte coronal.
C. Corte sagital.

El laberinto etmoidal, al igual que los otros senos paranasales, se forma por evaginación de la mucosa de la cápsula nasal primitiva hacia el esbozo cartilaginoso de los huesos de la cara a partir de las 12 semanas de gestación [3]. El punto de penetración es el ostium, situado entre las prominencias inferior y media que aparecen en la pared lateral de las fosas nasales y que forman los cornetes inferior y medio. Las celdillas etmoidales son las primeras cavidades sinusales que aparecen. Al nacer, sólo las celdillas etmoidales anteriores están neumatizadas. Son esféricas, miden 2-5 mm y se alargan progresivamente. Las celdillas etmoidales posteriores son mucho más pequeñas y opacas (Fig. 1). Comienzan a airearse hacia el año de edad [4]. A esta edad, el laberinto etmoidal mide 8-12 mm de largo, 1-3 mm de ancho y 1-5 mm de alto. El techo del etmoides alcanza su nivel definitivo (por encima de la lámina cribosa) hacia los 3 años. A los 4 años, el laberinto etmoidal mide 12-21 mm de largo, 5-11 mm de ancho y 8-16 mm de alto. El crecimiento anteroposterior se realiza sobre todo entre los 3 y los 8 años. A los 8 años, el laberinto etmoidal mide 18-24 mm de largo, 9-13 mm de ancho y 10-15 mm de alto. Hacia los 12 años, su desarrollo es prácticamente igual al del adulto [1,4].

■ Anatomía

El laberinto etmoidal se sitúa entre las masas laterales del etmoides. La raíz tabicante del cornete medio divide el laberinto etmoidal en dos grupos de celdillas: las celdillas etmoidales anteriores, que drenan en el meato medio, bajo el cornete medio, y las celdillas etmoidales posteriores que drenan por encima del cornete medio, por encima o por debajo del cornete nasal superior.

Las relaciones inmediatas del etmoides permiten comprender mejor las complicaciones infecciosas de las etmoiditis: al nivel superior, el piso de la fosa craneal anterior; al nivel medial, la órbita, de la que las celdillas etmoidales están separadas por el unguis (hueso lagrimal) delante y por el hueso plano (lámina orbitaria) detrás. El hueso plano es dehiscente en ocasiones, en cuyo caso las celdillas etmoidales están separadas del contenido orbitario únicamente por el periostio orbitario, una lámina fibrosa muy resistente, pero que se despega con facilidad de la pared ósea, salvo en las suturas. El tabique orbitario es una expansión del periostio orbitario que se dispone desde el borde orbitario al tarso palpebral y delimita los espacios pre y retroseptales [5].

La red venosa contiene muchas anastomosis entre las venas sinusales las venas orbitarias y transcraneales. Además, el sistema venoso oftálmico carece de válvulas, por lo que pueden producirse émbolos sépticos desde las cavidades sinusales a la órbita, la piel de la cara, la región pterigoidea y el seno cavernoso [6,7].

■ Fisiopatología de la etmoiditis aguda y de sus complicaciones

Etmoiditis aguda

Las celdillas etmoidales están revestidas por un epitelio respiratorio que se continúa con el que reviste las fosas nasales. Cualquier proceso inflamatorio rinosinusal, tanto infeccioso como alérgico, provoca una hiperplasia de esta mucosa. La acumulación de secreciones en las celdillas etmoidales se debe tanto a la obstrucción de los orificios de drenaje por el engrosamiento de la mucosa como a la alteración de la actividad mucociliar y de la hiperplasia de las glándulas secretoras de la mucosa. Esta retención de secreciones constituye el lecho de la sobreinfección bacteriana [1].

Extensión orbitaria

La propagación de la infección a la órbita se realiza por vía ósea, venosa o linfática. La vía ósea se debe a la existencia de comunicaciones entre celdillas etmoidales y órbita por trayectos vasculares al nivel del unguis, de dehiscencias congénitas del hueso plano o de zonas de necrosis ósea.

La afectación orbitaria es más o menos extensa. La clasificación de referencia de las complicaciones orbitarias de las sinusitis es la definida por Chandler [8] en 1970 (Cuadro 1). La extensión retroseptal del proceso infeccioso compromete el pronóstico visual [9-12]. La disminución de la agudeza visual es multifactorial: compresión y anoxia del nervio óptico, tromboflebitis de los vasos retinianos y del nervio óptico, neuritis óptica y toxicidad bacteriana local. Una isquemia retiniana o del nervio óptico superior a 90 minutos provoca una afectación irreversible de la visión.

Complicaciones intracraneales

Son infrecuentes en los niños pequeños en quienes la etmoiditis se produce de forma aislada debido a la ausencia de senos frontales y esfenoidales, pero comprometen el pronóstico vital [13,14] y dejan secuelas en más del 25% de los casos [14,15]. La extensión del proceso infeccioso se realiza por vía venosa o a través de una osteítis del techo del etmoides, desde donde se difunde a la meninge, a los espacios extra o subdurales, incluso al parénquima cerebral [7,16].

■ Contexto

Existe un continuum entre la ausencia de sinusitis, la etmoiditis no exteriorizada y la etmoiditis exteriorizada. Sólo las etmoiditis exteriorizadas se diagnostican.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053051>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053051>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)