



Revista Mexicana de Oftalmología

www.elsevier.es/mexoftalmo



CASO CLÍNICO

Celulitis orbitaria bilateral con endoftalmitis en una paciente con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2



Lesley Farrell González, Mayra M. Ezpeleta Rodríguez*,
Carlos Sierra García y Francisco Mayer Rivera

Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia (HRAEBI), Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, México

Recibido el 8 de octubre de 2013; aceptado el 15 de abril de 2014

Disponible en Internet el 5 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Celulitis orbitaria;
Absceso orbitario;
Evisceración;
Tomografía
computarizada;
Klebsiella pneumoniae

Resumen Se presentó una mujer de 74 años al servicio de urgencias del HRAEBI, ISSSTE, el día 2 de septiembre de 2010 con datos de desequilibrio hidroelectrolítico, hipotensión y conjuntivitis bilateral. Sus signos vitales durante su estancia en urgencias fueron: tensión arterial, 80/40 mmHg; temperatura, 38.5 °C; frecuencia respiratoria, 22 rpm; frecuencia cardíaca 89 lpm. Se interconsulta al servicio de Oftalmología quienes diagnosticaron celulitis orbitaria bilateral, con no percepción de luz en ambos ojos e igualmente ausencia de reflejos pupilares. Se inició tratamiento con antibióticos intravenosos y se solicitó tomografía computarizada de órbitas y cerebro. Se internó para estabilizar su estado general; durante su estancia se diagnosticó diabetes mellitus y estado inmunosupresivo por datos de candidiasis oral y otros síntomas. La tomografía mostró celulitis orbitaria bilateral con formación de abscesos orbitarios, sin datos de proceso infeccioso a nivel bucal o de senos paranasales. La evolución de la celulitis fue tórpida a pesar de la terapia antibiótica cuádruple (cefotaxima, vancomicina, metronidazol y clindamicina; posteriormente imipenem, clindamicina y vancomicina) con desarrollo de endoftalmitis bilateral por lo cual fue necesario eviscerar ambos ojos. Se tomó cultivo directo del vítreo y 3 días después se encontró como germen causal *Klebsiella pneumoniae*.

© 2013 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia: Colina del Silencio, n.º 55, Colonia Boulevares, Delegación Naucalpan. Edo de México. CP 53140, Teléfono: +5522700326.

Correo electrónico: mayraezpeleta@hotmail.com (M.M. Ezpeleta Rodríguez).

KEYWORDS

Orbital cellulitis;
Brain abscess;
Evisceration;
Computed
tomography;
Klebsiella
pneumoniae

Bilateral orbital cellulitis and endophthalmitis in a patient with recently diagnosed type 2 diabetes mellitus

Abstract A 74 year old woman visited the emergency room of the HRAEBI, on September the 2nd, 2010, presenting hypotension, hydroelectrolytic disbalance and bilateral conjunctivitis. Her vital signs were: Blood pressure 80/40 mmHg, T 38.5°C, RF 22 breaths/min, HR 89 beats per minute. The ophthalmologist's examination revealed bilateral orbital cellulitis, with absence of vision in both eyes and absence of pupillary reflexes. She was started on multiple intravenous antibiotic therapies, and computed tomography scans of the orbits and brain was requested. For stabilization of her general conditions she was admitted on hospitalization, and diabetes mellitus was diagnosed. She did not have prior diagnosis of diabetes. Also an immunosuppressive condition was diagnosed too due to oral candidiasis plus other symptoms. The tomography showed a bilateral orbital cellulitis with brain abscess formation, without an infection process in teeth or paranasal sinuses. Her evolution was torpid, although the antibiotic therapy and a bilateral endophthalmitis was evolved and therefore it was necessary to eviscerate both globes. We took a vitreous fluid for culture and three days later, the microbiologic results showed *Klebsiella pneumoniae*.

© 2013 Sociedad Mexicana de Oftalmología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La celulitis orbitaria es un padecimiento que se presenta más frecuentemente en niños y es más raro en adultos¹. Representa una verdadera urgencia médica, pues un tratamiento inadecuado o inapropiado puede causar pérdida visual². Los criterios clínicos de diagnóstico y los datos tomográficos permiten clasificar el padecimiento y las guías de manejo para un tratamiento correcto a fin de evitar complicaciones y secuelas permanentes, principalmente para la visión³.

Es importante conocer la anatomía de la órbita para así entender el mecanismo por el cual puede ocurrir un proceso infeccioso a partir de estructuras contiguas. Hay que considerar el sistema de drenaje venoso de la órbita, el cual facilita la propagación de la infección con involucro en ocasiones del seno cavernoso, los senos maxilares, los senos etmoidales y el tejido periorbitario. El techo de la órbita es el piso del seno frontal y el piso es el techo del seno maxilar. La pared medial está formada por el proceso frontal del maxilar, el hueso lagrimal, la lamina papirácea del etmoides y una pequeña parte del esfenoides⁴.

Las infecciones que tiene origen a nivel de la mucosa de los senos paranasales pueden diseminarse a nivel óseo (osteítis con o sin absceso subperióstico) y al contenido orbitario. Puede ocurrir también a través de una dehiscencia a nivel de la lámina papirácea del etmoides o hueso frontal, y en el foramen donde se da el paso de las arterias etmoidales⁴.

El periostio de la órbita, o periórbita, es la única barrera de tejido blando entre los senos y la órbita y se diseña fácilmente de los huesos de la órbita, excepto en las uniones óseas, donde se fusiona con el periostio del lado opuesto. Solo es atravesada por los vasos y nervios que penetran a la órbita y se continúa con el párpado formando la fascia palpebral que integra el septum tarsal. La periórbita es una barrera eficaz que evita que la infección se propague de los senos paranasales a la órbita⁴ (fig. 1).

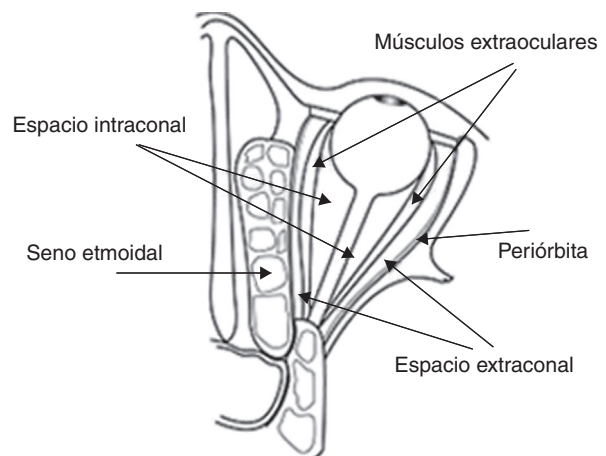


Figura 1 Representación esquemática de la órbita, donde se aprecia la estrecha relación del seno etmoidal con la órbita. La periórbita se encuentra adherida a las paredes óseas y es una barrera eficaz contra las infecciones.

La [figura 2](#) muestra la situación anatómica del septum orbitario.

Las infecciones anteriores al septo orbitario corresponden a la celulitis preseptal y las posteriores al mismo incluyen la celulitis orbitaria, el absceso subperióstico, el absceso orbitario, la trombosis del seno cavernoso, la panofthalmitis y la endoftalmitis⁵.

La clasificación de Chandler original comprende 5 categorías, las cuales son:

Grupo I (edema inflamatorio): Afecta al párpado con o sin edema del contenido orbitario. No existe limitación de los movimientos oculares y puede haber una discreta proptosis del globo ocular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4032321>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4032321>

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