



# Complicaciones craneales y endocraneales de las sinusitis agudas

B. Verillaud, N. Le Clerc, P. Herman, R. Kania

*Las complicaciones craneales y endocraneales de las sinusitis agudas conllevan una tasa de mortalidad y de secuelas considerable. Deben buscarse ante la aparición de cualquier signo neurológico en pacientes con sinusitis aguda o de una cefalea que evoluciona en dos tiempos (cefalea localizada que mejora inicialmente antes de agravarse y volverse más difusa). Los senos frontales y esfenoidales suelen ser los implicados con más frecuencia. La tomografía computarizada (TC) sinusal y encefálica con inyección de contraste es el examen de primera elección; en algunos casos, se completa con una resonancia magnética (RM) cerebral. El tratamiento es agresivo y consiste en el drenaje del seno afectado y en una antibioticoterapia de amplio espectro, que se adapta secundariamente al resultado de los cultivos bacteriológicos. En ocasiones, se plantea la realización de un procedimiento endonasal, pero que debe ser limitado si es posible, debido al riesgo de accidente iatrogénico en un contexto hemorrágico e inflamatorio. En algunas situaciones, también se puede realizar un drenaje neuroquirúrgico de las colecciones profundas. En todos los casos, se debe lograr la mejoría clínica en 48 horas. De lo contrario, se debe repetir la prueba de imagen y plantear una intervención complementaria. Las sinusitis fúngicas invasivas, de las que la principal es la mucormicosis, constituyen una entidad diferente. Se deben sospechar ante la presencia de cualquier síntoma rinosinusal en pacientes inmunodeprimidos. Su tratamiento consiste en la corrección máxima de la inmunodepresión, el desbridamiento repetido de los tejidos infectados y la administración de antifúngicos por vía sistémica.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Esfenoiditis; Sinusitis frontal; Empiema; Tromboflebitis séptica; Cirugía endoscópica; Sinusitis fúngica invasiva

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Epidemiología</b>	1
■ <b>Fisiopatología</b>	2
■ <b>Formas clínicas</b>	2
Empiema	2
Osteomielitis del hueso frontal	3
Absceso cerebral	3
Meningitis	3
Tromboflebitis del seno cavernoso y del seno longitudinal superior	3
Sinusitis fúngicas invasivas	3
■ <b>Pruebas complementarias</b>	4
■ <b>Tratamiento</b>	5
■ <b>Evolución y pronóstico</b>	6
Factores pronósticos	6
Secuelas	6
Mortalidad	6
■ <b>Conclusión</b>	6

## ■ Introducción

Aunque las sinusitis agudas son muy frecuentes, la aparición de una complicación craneal o intracraneal es poco común, afortunadamente. Las afectaciones pueden ser variadas: osteítis, meningitis, tromboflebitis, colecciones extra o intradurales. Los progresos de las pruebas de imagen en los últimos 30 años han permitido una disminución considerable de la mortalidad, pero en las series más recientes se describen siempre unas tasas de secuelas relativamente elevadas, sobre todo neurológicas. El objetivo de este artículo es presentar las principales características epidemiológicas, bacteriológicas y clínicas, así como proponer una estrategia diagnóstica y terapéutica en las distintas formas de complicaciones craneales de las sinusitis agudas bacterianas. Las sinusitis fúngicas invasivas, que son una entidad aparte, también se describen en este artículo.

## ■ Epidemiología

La literatura sobre la epidemiología de las complicaciones intracraneales de las sinusitis agudas es bastante

homogénea. Afectan a una población joven, de 20-30 años, esencialmente masculina [1-8]. Esta correlación entre la edad y la aparición de una complicación intracraneal se relacionaría con la mayor vascularización del díploe en las personas jóvenes.

La incidencia exacta de las complicaciones craneales o endocraneales es difícil de evaluar, pero se estima que afectarían al 3-20% de los pacientes hospitalizados por una sinusitis aguda [2,9]. Son, por orden decreciente, el empiema subdural, la osteomielitis del hueso frontal, el absceso intracraneal, la meningitis, el empiema extradural, la trombosis del seno cavernoso y la trombosis del seno longitudinal superior. Las complicaciones múltiples se observan en un 25% de los casos [8]. El seno que se afecta con más frecuencia es el seno frontal, seguido del seno esfenoidal y del seno etmoidal [5,8,10,11]. Las sinusitis difusas no son infrecuentes: sinusitis anteriores (seno frontal y celdillas etmoidales anteriores), sinusitis posteriores (celdillas etmoidales posteriores y seno esfenoidal) o pansinusitis. En casos excepcionales, las sinusitis maxilares (a menudo de origen dental) pueden ser el origen de una pansinusitis y generar una complicación intracraneal [8,12].

## ■ Fisiopatología

Los microorganismos que se encuentran en las complicaciones intracraneales son globalmente los mismos que en las sinusitis agudas bacterianas: *Haemophilus influenzae* (aunque con una menor incidencia desde la vacunación anti-*H. influenzae* de tipo b), estreptococos (el más frecuente es *Streptococcus pneumoniae*, y con una gravedad particular de los casos debidos a *Streptococcus anginosus*, subgrupo denominado previamente con el término de *Streptococcus milleri*) y estafilococos (sobre todo *Staphylococcus aureus*) [13-16]. Estas bacterias se asocian con frecuencia a microorganismos anaerobios, con un efecto patógeno sinérgico [17,18]. Sin embargo, los cultivos son negativos en cerca de la mitad de los casos, sobre todo cuando se ha instaurado una antibioticoterapia antes de tomar las muestras [3]. La infección puede producirse después de una rinitis aguda (en tal caso, se habla de sinusitis nasales), u originarse directamente en el seno, en ocasiones con un factor favorecedor local. El caso más típico es el de la sinusitis de origen dental, pero los antecedentes de cirugía endonasal o de traumatismos también pueden provocar una estenosis de las vías de drenaje y favorecer una sobreinfección.

El modo de difusión de los microorganismos depende del seno afectado y suele determinar el tipo de complicaciones. En las sinusitis frontales, la diseminación se produce por vía venosa anterógrada: el trombo séptico que aparece en las venas de la mucosa del seno se extiende a través de las tablas anterior y posterior por las venas avalvulares de Breschet del díploe, con osteítis del hueso frontal (lo que provoca el clásico tumor turgente de Pott [*Pott's puffy tumor*]) y, en ocasiones, colecciones extra o intradurales adyacentes [19,20]. La aparición de una tromboflebitis del seno cavernoso a partir de una esfenoiditis (y, en menos ocasiones, de una etmoiditis posterior), o incluso de una tromboflebitis del seno longitudinal superior a partir de una sinusitis frontal, se debe a la misma fisiopatología. Se debe señalar que la tromboflebitis del seno cavernoso también puede producirse en la evolución de una celulitis orbitaria. La extensión hematogena explica la aparición de abscesos cerebrales. Se desarrollan en las zonas de flujo venoso ectásico y corresponden a una difusión retrógrada de la trombosis séptica [9,21,22]. Por último, una solución de continuidad entre el seno y la meninge puede favorecer la aparición de una complicación intracraneal. Se ha descrito la existencia de dehiscencias espontáneas del esfenoides que ponen en contacto la duramadre con la mucosa [22]. Una fractura

de una pared de un seno puede ser responsable de una fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR) y meningitis de repetición. En este caso, la solución de continuidad de la duramadre crea un punto de fragilidad, pues la aracnoides no puede impedir la difusión bacteriana.

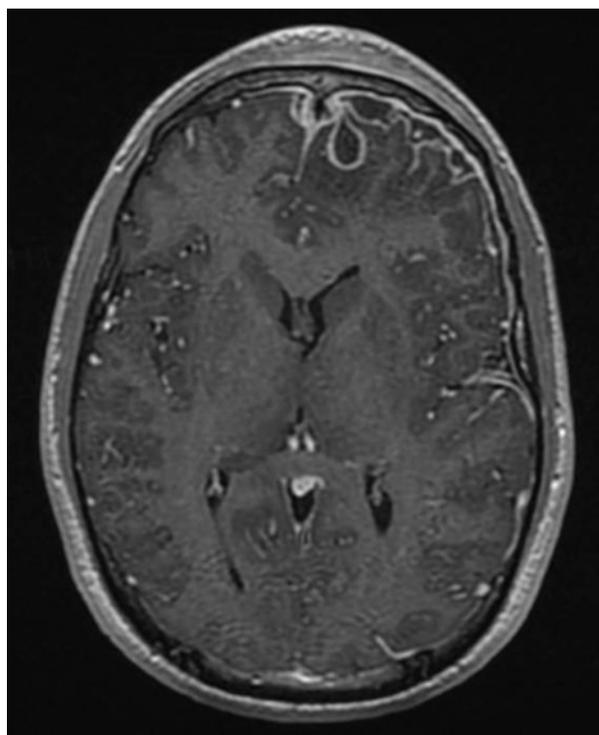
Las sinusitis fúngicas invasivas son una entidad aparte. Aunque no se ha identificado claramente ningún factor de riesgo en las complicaciones de las sinusitis bacterianas, las sinusitis fúngicas invasivas se producen exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos o diabéticos; las afecciones por *mucorales* (mucormicosis) provocan trombosis extensas causantes de necrosis mucosas y óseas de evolución rápida [23]. Las aspergilosis invasivas también originan isquemias óseas, cuya evolución es en ocasiones más tórpida.

## ■ Formas clínicas

Las diferentes formas clínicas dependen de la localización de la sinusitis causal y de las características del paciente en el que se desarrollan. De forma general, las circunstancias que obligan a buscar una complicación intracraneal son: la aparición de un acceso comicial, de trastornos de la consciencia y de cefaleas acompañadas de vómitos, o con una evolución en dos tiempos (recrudescencia de un dolor difuso tras una mejoría inicial) [8,24]. La aparición de quemosis obliga a sospechar una tromboflebitis del seno cavernoso. Las complicaciones craneales e intracraneales se asocian en ocasiones a otras complicaciones locorregionales, sobre todo orbitarias, que también deben buscarse. A continuación, las distintas formas clínicas se describen por orden de frecuencia decreciente.

### Empiema

El empiema se define por la presencia de una colección purulenta extradural (empiema extradural) o subdural (empiema subdural). El empiema subdural se debe en la mayoría de los casos a una afectación por continuidad en contacto con una sinusitis frontal, etmoidal posterior o esfenoidal [19,25] (Fig. 1). La semiología inicial



**Figura 1.** Corte axial de resonancia magnética en T1 con inyección de gadolinio que muestra un empiema subdural frontal izquierdo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053068>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053068>

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