



El Rincón del Residente

Coordinadores: E. Pérez Costa, D. Rodríguez Álvarez, E. Ballesteros Moya, F. Campillo i López,
Residentes de Pediatría del Hospital Universitario La Paz. Madrid

*El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras.
¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*



caso clínico interactivo
www.sepeap.org

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Fiebre y tumefacción cervical dolorosa tras picadura de garrapata

F. Campayo Losa*, J. Almendros Vidal*,
A.L. Leandro Fonseca*,
J. M. Olmos García**

*Residente de Pediatría. **Adjunto de Pediatría.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy



Resumen

Las picaduras de garrapata son un motivo relativamente frecuente de consulta en Pediatría; estas pueden ser vectores de numerosas enfermedades infecciosas. Es importante conocer las manifestaciones clínicas y el tratamiento de las enfermedades transmitidas por garrapatas más frecuentes en nuestro medio.

Abstract

Tick bites are relatively common cause of pediatric visit; ticks may be vectors of numerous infectious diseases. It is important to know the clinical manifestations and treatment of the more common tick-borne disease in our area.

Caso clínico 1

Niña de 5 años, sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre (hasta 39°C) de 6 días de evolución y tumefacción cervical izquierda dolorosa. Dos días antes del inicio de la clínica, los padres retiraron una garrapata adherida al cuero cabelludo en la región occipital izquierda. Se encontraba en tratamiento con cefixima oral desde el inicio de la clínica

por sospecha de sobreinfección bacteriana sin respuesta al tratamiento antibiótico.

En la exploración física, presenta en región occipital izquierda, una placa eritematosa de 1 cm de diámetro con una escara central, palpándose en región laterocervical ipsilateral adenopatías móviles y dolorosas. El resto de la exploración es normal, sin presentar exantema cutáneo. Se



Figura 1. Placa de 1 cm de diámetro, con escara necrótica central tras picadura de garrapata.

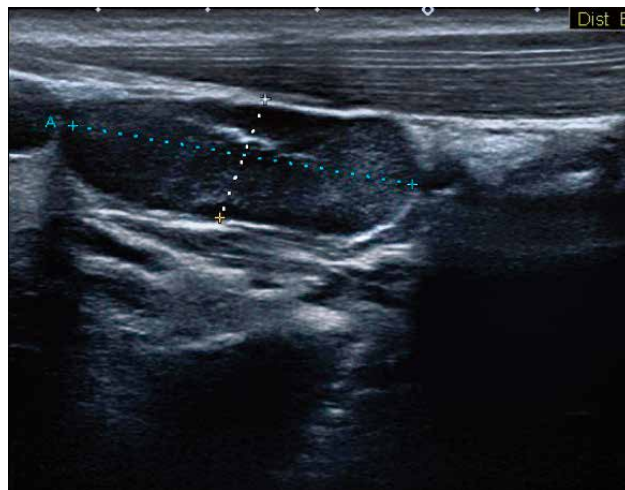


Figura 2. Ecografía cervical. Adenopatía de 3,2 x 1,2 cm, de características inflamatorias y no abscesificada.

realiza bioquímica y hemograma con resultados normales, sin elevación de reactantes de fase aguda.

Caso clínico 2

Niña de 4 años, sin antecedentes de interés, que consulta por tumefacción cervical izquierda dolorosa y fiebre (38°C), de pocas horas de evolución. El día anterior, tras quejarse de dolor a nivel occipital, lo padres observaron una garrapata en cuero cabelludo que retiraron manualmente. Tres días antes, la niña había estado en una zona rural en contacto con animales.

En la exploración física, se observa sobre la zona de picadura de la garrapata, en región parietoccipital izquierda, una placa eritematosa de 1 cm de diámetro con escara central (Fig. 1), tumefacción cervical ipsilateral dolorosa, sin exantemas, siendo el resto de exploración normal. Se realiza hemograma y bioquímica con resultado normal, sin elevación de reactantes de fase aguda, y ecografía cervical, que muestra adenopatías de características inflamatorias, de predominio en región laterocervical izquierda, no abscesificadas, siendo la mayor de 3,2 x 1,2 cm (Fig. 2).

1. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica en ambas pacientes?

- Enfermedad de Lyme.
- Fiebre Q.
- Fiebre botonosa mediterránea.
- Linfadenopatía transmitida por garrapata (TIBOLA).
- Picadura de garrapata sobreinfectada.

2. ¿Cuál es el agente etiológico más probable?

- Borrelia burdorferi*.
- Coxiella burnetii*.
- Rickettsia conorii*.
- Rickettsia slovaca*.
- Staphylococcus aureus*.

3. ¿Qué tratamiento pautarías?

- Tratamiento sintomático y mupirocina tópica durante 7 días.
- Doxiciclina v.o. 5 mg/kg/día durante 2 días.
- Amoxicilina-clavulánico v.o. 80 mg/kg/día durante 15 días.
- Cefotaxima i.v. 150 mg/kg/día durante 7 días.
- Doxiciclina v.o. 5 mg/kg/día durante 15 días.

Evolución

En ambos casos, se sospechó un cuadro de linfadenopatía transmitida por garrapata o TIBOLA (de su acrónimo inglés *Tick-Borne Lymphadenopathy*). Se pautó tratamiento con doxiciclina oral (5 mg/kg/día cada 12 horas) en una pauta corta de 2 días. Ambas pacientes quedaron afebriles en las primeras 24 horas, con disminución progresiva de la adenitis cervical hasta quedar asintomáticas. Se realizó serología al diagnóstico y a las 6 semanas, en ambos casos, frente a *Rickettsia conorii* y *Borrelia burdorferi* (únicas serologías disponibles en nuestra área) con resultado negativo.

Discusión

Las picaduras de garrapata son un motivo relativamente frecuente de consulta, tanto en Atención Primaria como en Urgencias. En el caso de que la garrapata esté todavía adherida al niño, es importante extraerla de forma segura; para ello, la técnica recomendada es la extracción mediante pinzas, sujetando la garrapata firmemente, pero sin aplastarla, y realizando una tracción continua hasta su extracción (Fig. 3)⁽¹⁾. Hay que evitar y desaconsejar otros métodos “tradicionales”, como: quemar la garrapata con cigarrillos, ahogarla con vaselina, gasolina u otros líquidos...; ya que estos métodos, además de ser peligrosos para el paciente, aumentan el riesgo de salivación e inoculación de agentes patógenos⁽²⁾.

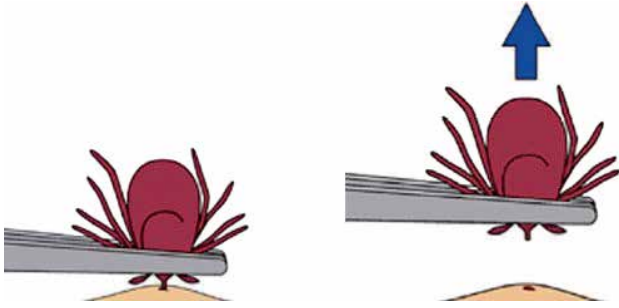


Figura 3. Técnica para extracción de garrapata de forma segura, imagen obtenida de: www.cdc.gov/ticks/removing_a_tick.html.

En la actualidad, se desaconseja la profilaxis antibiótica tras una picadura de garrapata, ya que en nuestro medio, el riesgo de zoonosis es bajo⁽³⁾ (en áreas endémicas, la profilaxis antibiótica si ha resultado eficaz para prevenir enfermedades transmitidas por garrapatas⁽⁴⁾). En estos casos, es importante explicar a las familias los signos y síntomas de alarma (fiebre, adenitis, exantemas...), que deben hacer volver a consultar.

Dentro de las numerosas zoonosis cuyo vector es la garrapata, es importante conocer las manifestaciones de aquellas que son más frecuentes en nuestro país. Entre estas, destaca la linfadenopatía transmitida por garrapata o TIBOLA, que fue descrita por primera vez en 1997⁽⁵⁾, y cuya incidencia está en aumento desde entonces, describiéndose casos en toda Europa, aunque es en España, Francia y Hungría donde más casos se han reportado⁽⁶⁾. Esta entidad se engloba dentro del grupo de enfermedades conocidas como Fiebres Manchadas ocasionadas por bacterias del género *Rickettsia* (cocobacilos gram negativos intracelulares) y transmitidas por garrapatas. El agente principal aislado, en estos casos, es la *Rickettsia slovaca*, si bien, se han aislado otros patógenos, como *Rickettsia raoultii*, *Rickettsia rioja* y otras bacterias, en pacientes con la misma clínica⁽⁷⁾. Los vectores son las garrapatas del género *Dermacentor* (*Dermacentor marginatus* en los países mediterráneos, y *Dermacentor reticularis* en el Centro y Este de Europa). En los últimos años, TIBOLA, que también se conoce como DEBONEL (*Dermacentor-borne necrosis erythema Lymphadenopathy*) o SENLAT (*Scalp eschar with neck lymphadenopathy after a tick bite*), tiene una incidencia mayor que la fiebre botonosa mediterránea (FBM)⁽⁸⁾; rickettsiosis, con la que se establece el principal diagnóstico diferencial de TIBOLA. Es más frecuente en niños que en adultos, y en sexo femenino.

Tras la picadura de garrapata, existe un periodo de incubación hasta la aparición de la clínica que abarca desde pocas horas hasta 14 días. La manifestación clínica principal es la aparición de adenopatías inflamadas y dolorosas, que pueden llegar a abscesificarse en su evolución, en la región adyacente a la picadura, junto con febrícula o fiebre y, de forma menos frecuente, afectación del estado general con: cefalea, mialgia, astenia... En la exploración física, en la zona de picadura de la garrapata, nos encontraremos con una lesión eritematosa que puede estar plana o sobreelevada y en cuyo centro pre-

senta una escara de coloración negruzca que se conoce como escara necrótica y que es patognomónica de las rickettsiosis transmitidas por garrapatas⁽⁶⁾. La escara necrótica se encontrará predominantemente en cuero cabelludo en el caso de TIBOLA, por lo que, en muchas ocasiones, los padres no serán conscientes de la picadura previa de garrapata; de ahí, la importancia de explorar el territorio de drenaje en los pacientes que consulten por linfadenitis.

El diagnóstico es clínico, y se debe establecer el diagnóstico diferencial con la FBM, causada por *R. conorii*. Las principales diferencias entre estos cuadros son, que a nivel epidemiológico TIBOLA predomina en primavera y en otoño, mientras que la FBM es más frecuente en verano; y a nivel clínico, la escara necrótica de la FBM está en las zonas de pliegues corporales, mientras que en TIBOLA la picadura se produce en cuero cabelludo la mayoría de las ocasiones; en la FBM las adenopatías no suelen ser dolorosas y aparece un exantema generalizado que afecta a palmas y plantas en la práctica totalidad de los casos, siendo rara la presencia de exantemas en cuadros de TIBOLA. La analítica sanguínea aporta poca información al diagnóstico, ya que no suelen existir alteraciones ni elevación significativa de los reactantes de fase aguda. El diagnóstico etiológico es complejo, y solo se obtiene en un 25-30% de los casos⁽⁶⁾. Se puede realizar serología específica frente a *R. slovaca* u otras rickettsias, observando la positividad en torno a las 4-6 semanas del cuadro clínico. También, es posible realizar la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de *R. slovaca* en el material necrótico de la escara o, incluso, en las secreciones de la garrapata si se ha conservado⁽⁷⁾. Existen pocos centros especializados en la detección de estos patógenos; de ahí, la dificultad para llegar al diagnóstico etiológico.

El tratamiento se debe indicar ante la sospecha clínica, sin esperar a la confirmación etiológica, siendo doxiciclina el antibiótico más eficaz y, por tanto, de elección frente a Rickettsias; administrado vía oral a 5 mg/kg/día cada 12 horas en una pauta corta de 24 o 48 horas para TIBOLA y FBM. Clásicamente, se ha evitado el uso de tetraciclinas en menores de 8 años por poder afectar a la pigmentación dental o, incluso, producir agenesia del esmalte dental en niños que no han finalizado la dentición; estos efectos se presentan en pacientes que reciben un tratamiento prolongado o varios ciclos con tetraciclinas, pero no se han observado en los tratamientos con doxiciclina administrada en pautas cortas usados para las Rickettsiosis, siendo segura su administración en menores de 8 años^(9,10). Como alternativa, se pueden emplear macrólidos orales, como: azitromicina (10 mg/kg/día) o claritromicina (15 mg/kg/día) durante 5 días. Los β -lactámicos no son útiles frente a Rickettsias al ser bacterias intracelulares⁽⁶⁾.

Para concluir, resaltamos la importancia de conocer el manejo de las picaduras de garrapata, así como las zoonosis que pueden causar más frecuentemente, haciendo especial hincapié en la linfadenopatía transmitida por garrapata o TIBOLA, ya que es una patología bastante desconocida, dificultando su diagnóstico, y cuya incidencia está aumentando en los últimos años.

Respuestas correctas

Pregunta 1. Respuesta correcta: d. Linfadenopatía transmitida por garrapata (TIBOLA).

Comentario

La presencia de una escara necrótica en el cuero cabelludo tras la picadura de una garrapata, junto con adenopatías cervicales dolorosas, sin presencia de exantema, sirven para establecer la sospecha diagnóstica de linfadenopatía transmitida por garrapata o TIBOLA.

Pregunta 2. Respuesta correcta: d. *Rickettsia slovaca*.

Comentario

R. slovaca es la *Rickettsia* que produce TIBOLA más frecuentemente (también, se ha relacionado a otras *Rickettsias*, como *R. raoultii* o *R. rioja*). Sus vectores son las garrapatas del género *Dermacentor*, presentes en toda el área mediterránea.

Pregunta 3. Respuesta correcta: b. Doxiciclina v.o. 5 mg/kg/día durante 2 días.

Comentario

El tratamiento de elección cuando se sospecha TIBOLA, aun en niños pequeños que no han finalizado la dentición, es la doxiciclina en una pauta corta de 24 o 48 horas. Dada la corta duración del tratamiento, no existe riesgo de pigmentación dental ni otras alteraciones del esmalte.

Palabras clave

Linfadenopatía; Picadura; Garrapata; TIBOLA; Lymphadenopathy; Bite; Tick; TIBOLA.

Bibliografía

1. Ticks. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). En: www.cdc.gov/ticks/index.html.
2. Las Heras Mosteiro J, Gonzalez Luna J. Actitud ante la picadura de garrapata. *Medicina General*. 2011; 140: 492-8.
3. Piñero Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015; 17: 159-66.
4. Nadelman RB, Nowakowski J, Fish D, Falco RC, et al. Prophylaxis with Single-Dose Doxycycline for the Prevention of Lyme Disease after an Ixodes scapularis Tick Bite. *NEJM*. 2001; 345: 79-84.
5. Raoult D, Berbis P, Roux V, Xu W, Maurin M. A new tick-transmitted disease due to *Rickettsia slovaca*. *Lancet*. 1997; 35: 112-13.
6. Silva-Pinto A, Lurdes-Santos M, Sarmiento A. Tick-borne lymphadenopathy, an emerging disease. *Ticks Tick Borne Dis*. 2014; 5: 656-9.
7. Dubourg G, Socolovschi C, Del Giudice P, Fournier PE, Raoult D. Scalp eschar and neck lymphadenopathy after tick bite: an emergin syndrome with multiple causes. *Eur J Clin Microbiol Infec Dis*. 2014; 33: 1449-56.
8. Guerrero A, Gimeno F, Colomina J, Molina M, et al. Low incidence of Tick-Borne Rickettsiosis in a Spanish Mediterranean Area. *Ann. N.Y. Acad. Sci*. 2006; 1078: 200-2.
9. New researches for Doxycycline. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). En: <http://www.cdc.gov/rmsf/doxycycline>.
10. Todd SR, Dahlgren FS, Traeger MS, Beltrán-Aguilar ED, et al. No visible dental staining in children treated with doxycycline for suspected Rocky Mountain Spotted Fever. *J Pediatr*. 2015; 166: 1246-51.

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Cefalea, proptosis y dolor ocular en paciente con antecedente catarral



caso clínico interactivo
www.sepeap.org

M. Palomares Cardador*, P. Gacimartín Valle*,
E. Urbaneja Rodríguez**, R. Garrote Molpeceres**

*Médico Residente de Pediatría. **Médico Adjunto de Pediatría.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Resumen

Varón de 11 años que acude a Urgencias por cefalea fronto-nasal irradiada a región periorbitaria izquierda, dolor ocular y sensación de "tener salido el ojo izquierdo hacia fuera". Refiere antecedentes catarrales la semana previa. A la exploración, presenta tumefacción periorbitaria, ptosis palpebral y proptosis izquierdas con movilidad ocular reducida y dolorosa en ojo izquierdo. Presenta una analítica con leve aumento de PCR, sin otras alteraciones asociadas. Se decide realizar TAC craneal que confirma nuestro diagnóstico de sospecha.

Abstract

11 years old boy who came to Pediatric Emergencies with fronto-nasal headache radiating to left periorbital region, ocular pain and feeling of "having the left eye out." Cold symptoms in the previous week were referred. The examination revealed periorbital swelling, ptosis and left proptosis, painful and reduced mobility of left eye. He presents an analytical PCR with slight increase, with no other associated abnormalities. We were decided to perform cranial CT that confirmed our diagnosis of suspicion.

Caso clínico

Niño de 11 años que acude a Urgencias refiriendo, desde hace una semana, cefalea opresiva en región fronto-nasal irradiada a zona periorbitaria izquierda, que cede parcialmente con Paracetamol, dolor ocular con los movimientos de ojo izquierdo y, desde hace unas horas, nota "como si el ojo izquierdo estuviese salido hacia fuera". La semana previa presentó síntomas catarrales, en forma de tos irritativa y mucosidad, sin rinorrea franca, así como fiebre (temperatura máxima de 38,2°C). No ambiente epidémico familiar.

Antecedentes personales: calendario vacunal actualizado (incluye: *Haemophilus Influenzae* y antineumocócica). No alergias conocidas. No ingresos, intervenciones quirúrgicas ni traumatismos previos. No antecedentes familiares de interés.

Exploración física: importante edema periorbitario izquierdo, con ptosis palpebral y proptosis ocular asociadas.

Leve eritema en el surco nasogeniano izquierdo. Dolor a la palpación de senos maxilar izquierdo y frontal. Limitación y dolor con mirada forzada a la izquierda de dicho ojo. Orofaringe con moco espeso en *cavum*. Microadenopatías laterocervicales no dolorosas y blandas. Signos meníngeos negativos. Resto de exploración: normal.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea con series roja, blanca y plaquetaria sin alteraciones. Bioquímica normal. PCR: 13,6 mg/L. Se realizó TC craneal que confirmó el diagnóstico de sospecha (Figs. 1-3):

1. ¿Cuál es su diagnóstico?

- Celulitis preseptal con sinusitis maxilo-etmoidal.
- Angiofibroma juvenil.
- Celulitis orbitaria con sinusitis maxilo-etmoidal.
- Tumor intraocular.
- Neuritis óptica.



Figura 1.

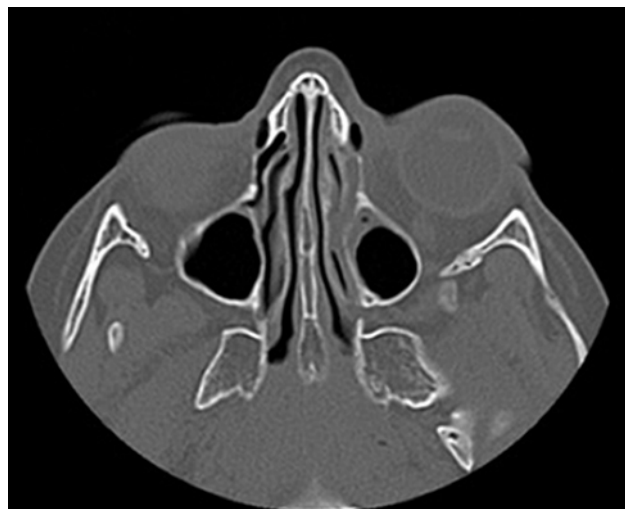


Figura 2.



Figura 3.

2. ¿Qué actitud terapéutica es la más adecuada en este caso?
 - a. Antibioterapia oral durante 10 días.
 - b. Antibioterapia oral y revisión en 48 horas y, si no existe mejoría, valorar ingreso hospitalario.
 - c. Ingreso hospitalario para antibioterapia endovenosa precoz.
 - d. Antiinflamatorios y descongestivo nasal.
 - e. Derivar a consulta de Neurología Pediátrica.

3. ¿Cuál es la complicación más frecuentemente asociada?
 - a. Absceso subperióstico.
 - b. Metástasis.
 - c. Esclerosis múltiple.
 - d. Ceguera.
 - e. Parálisis del nervio oculomotor común.

Discusión

El caso presentado corresponde a una celulitis postseptal u orbitaria (CO). Se trata de una infección que afecta al contenido de la órbita, incluyendo grasa periorbitaria y musculatura extraocular, que no debe ser confundida con la celulitis preseptal (CP) o periorbitaria. La clasificación de estas dos entidades se basa en la extensión anatómica del proceso inflamatorio en relación al septo orbitario, tratándose ambas de procesos patogénicamente diferentes.

La CP y la CO son mucho más frecuentes en edad pediátrica que en adultos. Mientras que la CP es típica de menores de 5 años, la CO tiende a afectar a niños de mayor edad⁽¹⁾. Suele afectar más a varones, especialmente en invierno, cuando aumentan las infecciones respiratorias y complicaciones de las mismas⁽²⁾.

La CP es secundaria generalmente a lesiones cutáneas superficiales (traumatismos, picaduras...) o de conjuntiva (conjuntivitis, dacrioadenitis...), produciendo una inflamación de tejidos blandos anterior al tabique orbitario. En cambio, la CO suele surgir como complicación por contigüidad de una sinusitis. La proximidad de los senos paranasales con la órbita y la existencia de un sistema de drenaje venoso carente de válvulas, facilitan la diseminación hematogena de microorganismos hacia la órbita en caso de infección⁽²⁾. La sinusitis etmoidal es la que con más frecuencia produce extensión a la órbita, al estar separado el seno etmoidal de la misma únicamente por la fina y dehiscente lámina papirácea.

Los gérmenes más frecuentemente implicados son *S. pneumoniae* y *S. aureus*. Las infecciones polimicrobianas suelen afectar, sobre todo, a niños mayores de 9 años. No obstante, es necesario destacar que la identificación del agente causal, en muchos casos, es difícil, debido al bajo rendimiento de los hemocultivos y al difícil abordaje de la zona para obtención de muestras biológicas. Las obtenidas en el acto quirúrgico son las más rentables, con cultivos positivos hasta en el 100% de los casos⁽²⁾.

Los pacientes con CP y CO pueden presentar síntomas comunes, como inflamación y eritema palpebral y, en oca-

siones, existen, en ambos casos, antecedentes de síntomas respiratorios y elevación de temperatura, siendo fundamental establecer el diagnóstico diferencial entre las dos entidades, debido a sus diferentes complicaciones asociadas y pronóstico. La aparición de: quemosis, proptosis, movilidad ocular reducida y dolorosa, diplopia y disminución de la agudeza visual, son datos específicos de la CO. En cambio, en la CP, la infección es superficial y, por tanto, la agudeza visual y motilidad ocular extrínseca son normales y no existe proptosis ni dolor con los movimientos oculares.

La complicación más frecuente de la CO es el absceso subperióstico, que aparece en un 15-59% de casos según las series publicadas, seguida del absceso orbitario. También, se han descrito complicaciones intracraneales como: abscesos cerebrales, meningitis y tromboflebitis del seno cavernoso⁽³⁻⁴⁾.

El diagnóstico de la CP es clínico y no precisa realización de pruebas de imagen⁽⁵⁾. En cambio, siempre que se sospeche una CO, será necesario realizar una prueba de imagen para delimitar la extensión de la enfermedad y conocer su origen. La tomografía computerizada (TAC) proporciona buenas imágenes de la órbita y su contenido, permitiendo valorar, además, los senos paranasales y la presencia de absceso subperióstico⁽⁶⁾. Siempre que puedan aparecer complicaciones intracraneales, deberá realizarse una resonancia magnética (RM).

Los criterios para solicitar estudio de imagen deben estar basados en la clínica. La presencia de cualquier síntoma que pueda indicar afectación orbitaria (proptosis, oftalmoplejía, dolor con movimientos oculares, diplopia, pérdida de visión...) o las dudas diagnósticas entre ambas entidades, justifican la realización de una TAC craneal. También, la ausencia de mejoría tras 24-48 horas desde el inicio de antibioterapia, los signos o síntomas de afectación del SNC, la imposibilidad de una adecuada valoración del paciente o afectación de niños menores de un año de edad, son datos que pueden orientar a la realización de una TAC craneal.

La CP leve-moderada suele tratarse en domicilio con antibioterapia oral con dosis altas de amoxicilina-clavulánico y, siempre, se deberá indicar control estrecho por pediatra a las 24-48 horas del inicio de la misma. La CO requiere siempre ingreso hospitalario e inicio rápido de tratamiento antibiótico intravenoso, debido a la posibilidad de complicaciones graves y potencialmente fatales. No existen estudios publicados que hayan evaluado la eficacia de diferentes pautas antibióticas para su tratamiento. El manejo empírico suele estar basado en el uso de cefotaxima + vancomicina, aunque si se sospecha la presencia de gérmenes anaerobios, se puede añadir metronidazol o clindamicina. En general, se recomienda mantener el tratamiento endovenoso hasta

que se compruebe mejoría clínica, un mínimo de 7 días, completándose por vía oral, en algunos casos, hasta 3-4 semanas. No existen datos concluyentes sobre el uso de descongestionantes tópicos y corticoides sistémicos como adyuvantes al tratamiento antibiótico. La evaluación periódica por los especialistas en Oftalmología y Otorrinolaringología es esencial en el seguimiento de estos pacientes. Las indicaciones clásicas para realización de drenaje quirúrgico son: pobre respuesta a antibioterapia endovenosa tras 48-72 horas, empeoramiento de agudeza visual o aparición de alteraciones pupilares y evidencia radiológica de absceso, sobre todo, si es >10 mm de diámetro o si está localizado en la pared lateral de la órbita. Estos criterios están siendo modificados en los últimos años. Un estudio reciente propone, además, que los pacientes con CO > 9 años, que asocian restricción en la musculatura extraocular, proptosis y aumento de presión intraocular, son los que tienen mayor riesgo de fracaso terapéutico con antibioterapia y precisan cirugía en la mayoría de los casos⁽⁷⁾.

Como conclusión, queremos destacar que tanto la CP como la CO constituyen dos urgencias frecuentes en la infancia, que deben ser bien diferenciadas entre sí, basándonos fundamentalmente en aspectos clínicos (la presencia de síntomas oculares es altamente sugestiva de patología postseptal u orbitaria) y, en casos dudosos, en pruebas de imagen.

Comentario de imágenes

En los tres cortes de TC, se observa ocupación maxilar y de celdillas etmoidales izquierdas, con aumento de partes blandas en región orbitaria, entre la pared etmoidal y el músculo recto medial, que se encuentra desplazado. Se observa una solución de continuidad (o importante adelgazamiento) de la pared etmoidal adyacente a la órbita izquierda, que explica la extensión de la sinupatía a la órbita.

Evolución y tratamiento

Tras el diagnóstico, el paciente fue hospitalizado para inicio de antibioterapia endovenosa empírica con cefotaxima y vancomicina. Se realizó nasofibroscoopia para recogida de cultivo del meato medio, donde se demostró crecimiento de *S. aureus* resistente a cefotaxima, por lo que se sustituyó dicho antibiótico por clindamicina el 3^{er} día. Por persistencia de dolor con los movimientos oculares e inicio de disminución de agudeza visual en ojo izquierdo a partir del 5^o día, se decidió drenaje quirúrgico, que se realizó sin incidencias y con excelente evolución clínica posterior, por lo que el paciente fue dado de alta a domicilio con antibioterapia oral hasta cumplir un total de 4 semanas de tratamiento.

Respuestas correctas

Pregunta 1. Respuesta correcta: c. Celulitis orbitaria con sinusitis maxilo-etmoidal.

Comentario

Ante los datos clínicos (asociación de proptosis y dolor con los movimientos oculares en un paciente con tumefacción periorbitaria) y las pruebas de imágenes del paciente (TC craneal con ocupación de senos maxilar y etmoidal, aumento de partes blandas y proptosis ocular), el diagnóstico más probable es el de celulitis orbitaria o postseptal.

Pregunta 2. Respuesta correcta: c. Ingreso hospitalario para antibioterapia endovenosa precoz.

Comentario

Ante un cuadro de celulitis postseptal, siempre se deberá indicar ingreso hospitalario para inicio precoz de antibioterapia endovenosa, con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones graves.

Pregunta 3. Respuesta correcta: a. Absceso subperióstico.

Comentario

La principal complicación de la celulitis postseptal es la aparición de abscesos subperiósticos y orbitarios. Para su diagnóstico, siempre será necesaria la realización de TC craneal.

Palabras clave

Celulitis; Órbita; Sinusitis; Cellulitis; Orbital; Sinusitis.

Bibliografía

1. Hauser A, Fogarasi S. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatr Rev.* 2010; 31: 242-9.
2. Benito Fernández J, Montejo Fernández M. Celulitis preseptal y orbitaria. *Pediatr Integral.* 2014; XVIII: 108-14.
3. Welkoborsky HJ, Grafi S, Deichmüller C, Bertram O, Hinni ML. Orbital complications in children: Differential diagnosis of a challenging disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015; 272: 1157-63.
4. Sharma PK, Saikia B, Sharma R. Orbitocranial complications of acute sinusitis in children. *J Emerg Med.* 2014; 47: 282-5.
5. Martínez Campos L, Albañil Ballesteros R, De la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de las sinusitis. *An Pediatr (Barc).* 2013; 79: 330.e1-e12.
6. Meara DJ. Sinonasal disease and orbital cellulitis in children. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2012; 24: 487-96.
7. Smith JM, Bratton EM, DeWitt P, Davies BW, et al. Predicting the need for surgical intervention in pediatric orbital cellulitis. *Am J Ophthalmol.* 2014; 158: 387-94.