

# Oftalmoparesia compleja tras sinusitis aguda bacteriana

Dres. Santos Gorjón P, Racines Álava E, Intraprendente Martini JF, Gonzalo Martín Hernández G, Cristina Morales Martín A<sup>1</sup>.

Nuestra Señora de Sonsoles.<sup>1</sup>Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila).

## INTRODUCCIÓN

Mostramos el abordaje de un caso clínico relativo a paciente joven que presenta una oftalmoparesia como complicación tras una sinusitis aguda. Se presenta el abordaje multidisciplinar requerido y se revisa la literatura para realizar un diagnóstico diferencial, así como la evolución posterior del proceso.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años con antecedente de migrañas episódicas, tuberculosis tratada en dos ocasiones hace 15 años e infecciones urinarias de repetición. Acude a urgencias por intensa cefalea de predominio frontal y periocular izquierda, opresiva. A la exploración presenta fondo de ojo normal y hay una li-

mitación de la motilidad ocular. Además, presenta diplopía del ojo izquierdo y ligera fotofobia. No tiene náuseas ni vómitos. La paciente no presenta fiebre ni mal estado general salvo la lógica afectación por la cefalea y el dolor en hemiarcada dentaria superior homolateral. Es valorada por neurología y por oftalmología, que objetivan el movimiento del músculo oculomotor lateral externo limitado, sin otros signos de focalidad neurológica. Presenta una leucocitosis con desviación izquierda y PCR de 3.5. Consultan con ORL para descartar una sinusopatía aguda y realizamos una nasofibroscopia. En la endoscopia se aprecia patología unilateral puesto que se objetiva drenaje purulento de secreciones en meato medio izquierdo. La pa-

ciente tiene una boca séptica y se aprecian varias piezas cariadas en la boca. Se solicita una TC de senos paranasales, que objetiva una ocupación parcial máxilo-etmoidal izquierdas de probable etiología inflamatoria en relación con infección dentaria de molar homolateral, confirmando el diagnóstico de sinusopatía aguda. Decidimos ingresar a la paciente para tratamiento endovenoso, y vigilar aparición de complicaciones y evolución posterior.

Al día siguiente aparece una hipoestesia de V1-V2 izquierdas. Solicitamos una RMN que descarta trombosis de senos venosos e hipertensión intracraneal. Solicitamos punción lumbar que no muestra alteraciones y se descarta tuberculosis activa

FIGURA 1:  
Seno cavernoso en la RMN.  
a) Corte axial en secuencia T2.  
b) Corte coronal en T1; se observa una captación homogénea más tenue que en el seno cavernoso sano.



en ese momento. Al tercer día, puesto que no se evidencia evolución favorable con antibioterapia de amplio espectro y corticoides a altas dosis, solicitamos nueva TC urgente, que no muestra grandes cambios y descarta complicaciones intracraneales. Se decide realizar una cirugía descompresiva, limpiando abundante material purulento tras la etmoidectomía y antrostomía maxilares izquierdas. Después se irriga con metronidazol localmente y dejamos un taponamiento de reabsorción rápida en meato medio. Mejora mucho la tensión ocular y la cefalea pero no se resuelve la oftalmoparesia.

Al quinto día del ingreso, se remite a la paciente a su domicilio y seguimos en consultas externas coordinados con el resto de servicios implicados. Sigue presentando una parálisis para la abducción ocular que no ha recuperado tras un año de seguimiento.

## DISCUSIÓN

En el diagnóstico diferencial ante la oftalmoparesia pensamos en primer lugar en una trombosis del seno cavernoso. El acompañarse de alteraciones sensitivas y presentar dolor retroorbitario nos hizo pensar en esta posibilidad inicialmente<sup>(1)</sup>. Además, el antecedente de tuberculosis y la propia inmunosupresión que supone sería un factor favorecedor<sup>(2)</sup>. Otra posibilidad sería una enfermedad autoinmune o granulomatosis como el síndrome de Tolosa-Hunt<sup>(3)</sup>. Otras opciones más raras dada la evolución aguda fueron descartadas mediante pruebas de imagen y de laboratorio, sobre todo neoplasias y traumatismo<sup>(4,5)</sup>. En el caso de este paciente, que cursó con síndrome del seno

cavernoso, se evidenció un proceso infeccioso en los senos paranasales complicado con infección del sistema nervioso central por contigüidad (meningitis), que llevó a trombosis del seno, secundaria al proceso inflamatorio. Se descartó causa tuberculosa del proceso infeccioso, y se descarta afectación general de tuberculosis así mismo. La paciente respondió adecuadamente a antibióticos convencionales en combinación con corticoesteroides a altas dosis que fueron mantenidos como tratamiento domiciliario en dosis descendente durante cuatro semanas. Asimismo, se descartó origen autoinmunitario o vasculitis con anti-DNA, antiRo y anti-SSB negativos. Sin embargo, como el caso que nos ocupa, hay oftalmoparesias que no se llegan a recuperar nunca.

## CONCLUSIÓN

El abordaje de una oftalmoparesia aguda debe ser multidisciplinar y los tratamientos combinados, a veces durante largos períodos de tiempo. En el seguimiento de estos pacientes deben intervenir tanto el ORL como Oftalmología, Neurología e Internistas en muchas ocasiones. Las técnicas de imagen son imprescindibles para descartar complicaciones y realizar un adecuado diagnóstico, y el radiólogo en ocasiones nos puede sugerir ampliar nuestro estudio con otros estudios complementarios. Se puede plantear tratamiento de entrada intravenoso con antibióticos y corticoides pero, si no mejora, es planteable realizar una cirugía endoscópica para ayudar a descomprimir senos a tensión. Otra opción sería de inicio una actitud quirúrgica cuando el paciente ya ha tenido cobertura antibiótica oral domiciliaria. #

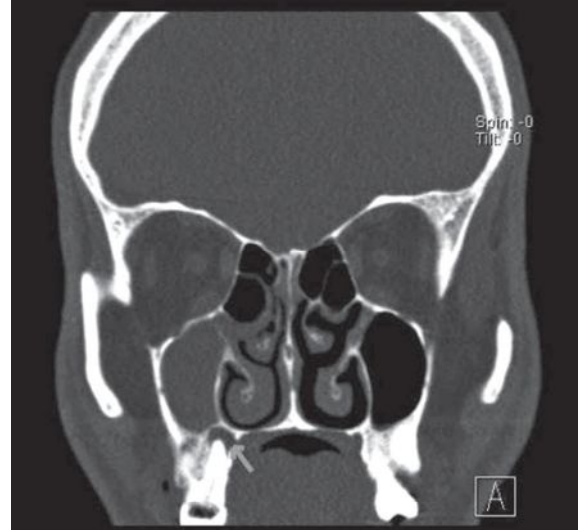


FIGURA 2: Imagen de TC. Sinusopatía odontogénica secundaria a infección de pieza dentaria (flecha).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Mañós Pujol M, Mañós Gonzalbo M. Complicaciones de la sinusitis. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 2000; 49: 569-589.
- 2.- Gwaltney JM Jr. Acute community-acquired sinusitis. Clin Infect Dis 2006; 23: 1209.
- 3.- Piccirillo JM. Clinical practice. Acute bacterial sinusitis. N Engl J Med 2014; 351: 902.
- 4.- Hicker JM, Bartlett JG, Besser RE et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: Ann Intern Med 2001; 134: 498.
- 5.- Williams JW Jr, Aguilar C, Cornell J et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database Syst Rev 2003: 197-203.