

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Absceso epidural y sinusitis frontal



Epidural abscess and frontal sinusitis

I. Nieto Gámiz^{a,*}, A. Varona García^a, A. Vilaplana López^b,
A. Ortiz Flores^b y R.M. García Rubio^a

^a Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España

^b Servicio de Radiología, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España

Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

Niña de 8 años que consulta en urgencias por fiebre de 39 °C de 12 h de evolución y tumefacción facial. Un vómito y cefalea en los últimos días.

En la exploración presenta asimetría facial (*fig. 1*) con tumefacción preauricular derecha y palpación fluctuante en la región frontoparietal homolateral. Exploración neurológica normal. Sin signos de celulitis orbitaria, otitis ni mastoiditis.

Se realiza una TAC craneal (*fig. 2*), observándose un absceso subgaleal frontoparietal derecho y un gran absceso epidural con 2 lobulaciones comunicadas entre sí. Sinusitis frontoetmoidal con solución de continuidad en la pared posterior del seno frontal derecho con el encéfalo (*fig. 3*).

Se realiza un drenaje urgente de ambos abscesos y se inicia antibioterapia iv con cefalosporina de tercera generación durante 6 semanas. En el cultivo se aísla *Streptococcus anginosus/constellatus*. La paciente presenta una evolución favorable.

La sinusitis es una enfermedad generalmente leve en la infancia pero sus complicaciones pueden poner en peligro su vida. La complicación más frecuente es la celulitis orbitaria



Figura 1 Asimetría facial.

seguida de las intracraneales¹, estas más frecuentes en varones adolescentes y con implicación del seno frontal². Cualquier elemento clínico que indique compromiso neurológico en el transcurso de una sinusitis debería alertarnos en relación con esta complicación³. Los síntomas más fre-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nietogamiz@yahoo.es (I. Nieto Gámiz).

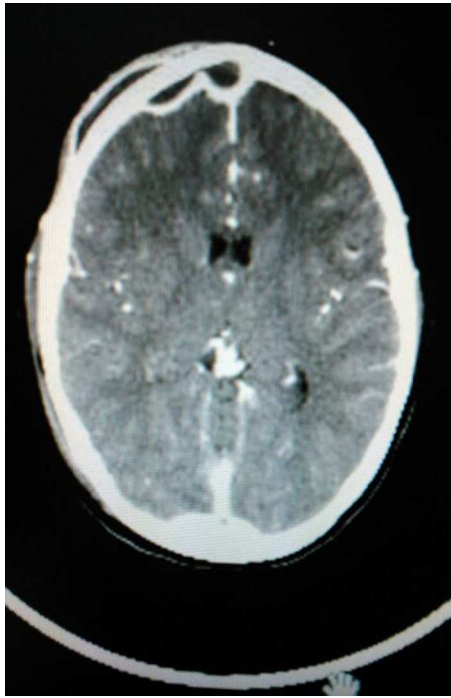


Figura 2 Absceso subgaleal y epidural bilobulado.

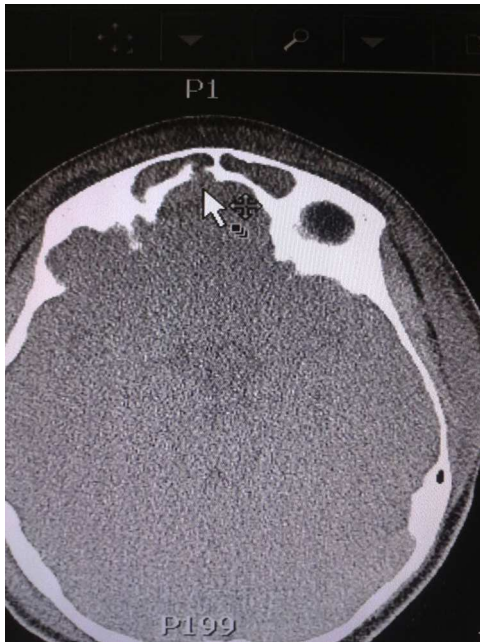


Figura 3 Solución de continuidad en la pared posterior del seno frontal derecho.

cuentas son cefalea, fiebre y vómitos^{3,4}. El diagnóstico es radiológico mediante TAC craneal. Su manejo es multidisciplinar, incluyendo drenaje quirúrgico urgente, así como tratamiento antibiótico iv de amplio espectro prolongado, entre 3-8 semanas^{1,4}. Los gérmenes aislados más frecuentes son *Streptococcus* aerobios y anaerobios estrictos².

Bibliografía

1. Durand B, Poje C, Dias M. Sinusitis-associated epidural abscess presenting as posterior scalp abscess —a case report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1998;43:147–51.
2. Kombogiorgas D, Seth R, Athwal R, Modha J, Singh J. Suppurative intracranial complications of sinusitis in adolescence. Single institute experience and review of literature. *Br J Neurosurg.* 2007;21:603–9.
3. Hicks CW, Weber JG, Reid JR, Moodley M. Identifying and managing intracranial complications of sinusitis in children: A retrospective series. *Pediatr Infect Dis J.* 2011;30:222–6.
4. Albu S, Tomescu E, Bassam S, Merca Z. Intracranial complications of sinusitis. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2001;55:265–72.