

Un Caso de Osteomielitis del Hueso Frontal Consecutivo a una Sinusitis

Doctor J. Napoleón Alcerro

I Presentado en la sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña, del sábado 7 de Octubre de 1950

Compañeros:

El caso que hoy presento a la consideración de Uds., tiene importancia por varias razones: en primer lugar, por ser muy rara la osteomielitis del frontal consecutiva a una sinusitis; en segundo lugar, porque la Cirugía ha rehabilitado a un ciudadano que por varios años estuvo imposibilitado para trabajar, y aun para relacionarse en público con sus semejantes; en tercer lugar, por la gran resistencia y **bondad** del paciente que no sólo soportó una infección grave de los senos paranasales, sino que **pacientemente** se sometió a varias operaciones, la mayoría de las cuales se practicaron con anestesia local; y en cuarto, lugar, porque al causar alta en el Hospital General, deja de ser una carga para el Estado, ya, que posiblemente hubiera permanecido interno por otros años más.

Como examiné al paciente catorce meses después de su ingreso a la Sala de Cirugía de Hombres, los datos anamnésicos son los obtenidos del paciente cuando ingresó a ese servicio en Julio de 1948, pero dichos datos lo mismo que el examen clínico, fueron corroborados personalmente, agregando únicamente los cambios habidos al momento del examen que le practiqué. Julio de 1948.

A. A., de 45 años de edad, soltero, labrador, nacido en la aldea de Las Casitas, de esta jurisdicción, y vecindado en Comayagüela, ingresó a la 1* Sala de Cirugía de Hombres del Hospital General, el 29 de Julio de 1948, a curarse de "dolor de cabeza y supuración de los senos frontales".

ANAMNESIA PRÓXIMA.—Refiere el paciente que hace cinco años tuvo una gripe de larga duración, quedándole después una sensación de pero y un dolor suave pero permanente en la raíz de la nariz y en la frente. El dolor que **esa** suave por la mañana, se intensificaba al medio día, y se atenuaba por la tarde; cuando se agachaba, sentía como si se le fueran a salir los ojos (**expresión** propia del paciente). Acompasaba su dolor frontal una obstrucción nasal permanente que le imposibilitaba la libre respiración por la nariz, teniendo que hacerlo por la boca; la respiración bucal le producía sequedad marcada de la garganta y accesos de tos seca. Al limpiarse la nariz, **expulsaba** un líquido mucoso purulento, espeso y abundante sin **mal olor**.

Seis meses después de haberse iniciado estos síntomas, notó enrojecimiento en ambos ojos, apareciéndole luego una gran inflamación por encima del párpado superior izquierdo, acompañada de elevación de temperatura y aumento del dolor frontal. La intensidad de los síntomas lo hicieron internarse en la Casa de Salud La Policlínica, en donde le practicaron inmediatamente después de su ingreso, una trepanación del seno frontal izquierdo, con lo que se logró hacer desaparecer los síntomas, quedando únicamente una fístula a nivel de la trepanación, por la que salía pus. Por cuatro meses permaneció interno en La Policlínica, sin conseguir curarse de la fístula, a pesar del intenso tratamiento médico que se le hizo con Antibióticos.

Cinco meses después de la operación, se le inflamó considerablemente el párpado superior derecho elevándose de nuevo la temperatura y agudizándose el dolor frontal; a los pocos días, espontáneamente se abrió una fístula a nivel de la cabeza de la ceja derecha, dando salida, a gran cantidad de pus, esta vez con mal olor; los síntomas mejoraron. La presencia constante de pus en las conjuntivas, produjo inflamación de ellas con ardor irresistible y fotofobia. Su estado ocular lo obligó a internarse en el Servicio de Oftalmología del Hospital General, en donde le hicieron tratamiento local y general adecuado, pasándolo cuando estaba mejor, al servicio de Cirugía de Hombres, por tratarse de un caso quirúrgico, no Oftalmológico.

ANAMNESIA LEJANA.—No recuerda, haber padecido enfermedades en su infancia. En la edad adulta dice que sólo ha padecido de gripes frecuentes; ninguna enfermedad venérea; ningún traumatismo, ni herida.

ANAMNESIA FAMILIAR.—Como dato único de importancia cita que su padre murió de cáncer del estómago.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.—Todas normales a excepción del sueño que es interrumpido a veces por la obstrucción nasal.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.—Disminución de la agudeza auditiva, ligera fotofobia.

GENERO DE VIDA.—Paciente dedicado a la agricultura desde su infancia; su trabajo ha sido moderado, y su alimentación la común de los campesinos nuestros; no fuma, no ingiere licor, no usa drogas; sus relaciones sexuales son moderadas.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS.—Se trata de un paciente que desde hace cinco años y a consecuencia del una gripe, quedó con obstrucción nasal, sensación de peso y dolor frontal, que se acentuaban al agacharse y tenían su máxima intensidad al medio día, desapareciendo casi completamente durante la noche. Había también flujo nasal mucopurulento abundante. Seis meses después de la iniciación de los síntomas, apareció una inflamación en el párpado superior izquierdo y región superciliar, acentuándose los otros síntomas y obligando al paciente a internarse en una Casa de Salud, en donde le practicaron una trepanación del seno frontal izquierdo y le hicieron tratamiento médico con antibióticos, por cuatro meses, al

cabo de los cuales salió de dicho Centro con una fistula en la parte media del surco parpebral de ese lado. Cinco meses después de esa operación le apareció otra inflamación en el párpado superior derecho con nueva agudización de todos los síntomas, pero, esta vez el proceso se abrió espontáneamente a nivel de la cabeza de la ceja derecha, dejando otra fístula supurante. La presencia constante de pus en los ojos, produjo inflamación de las **conjuntivas**, con, ardor y fotofobia, teniendo el paciente que internarse en el Servicio de Oftalmología del Hospital General, en donde recibe tratamiento adecuado y es trasladado al servicio lo. de Cirugía de Hombres, por tratarse de un caso no oftalmológico.

EXAMEN FÍSICO.—Paciente normalmente constituido, con buena textura ósea, y musculatura bien desarrollada. La facies es triste y se nota la presencia de pus en ojos y mejillas.

Peso 170 libras; Presión Arterial, Mx. 130, mn. 85. Pulso 80 pulsaciones por minuto; Temperatura 37° C.

Cráneo: ninguna anormalidad.

Cara 2 Presencia de pus fétido en ojos y mejillas.

Ojos: Hay ligera exoftalmía del ojo izquierdo; ambas conjuntivas rojas e inflamadas. Un poco por debajo de la cabeza de la ceja derecha, hay una fístula de forma abotonada, por la que sale pus espeso y de olor fétido; en la parte media del surco parpebral izquierdo, hay otra fístula retraída y de bordes adherentes al hueso, por la que también sale pus fétido; hay ardor de las conjuntivas y fotofobia; nada en la córnea; paciente ve bien.

Oídos: normales.

Nariz: Congestión marcada de los cornetes medios e inferiores y presencia de mucopus en los meatos medios.

Senos paranasales: Dolor a la presión en regiones frontal y maxilares superiores; aumento de la salida de pus por las fístulas al hacer la presión de la región frontal.

Boca: Ausencia de varias piezas dentarias, y mal estado de todas las restantes; lengua saburral; aliento fétido.

Garganta: Amígdalas pequeñas.

Cuello: Nada de particular.

Pulmones: normales.

Corazón: Punta late en el quinto espacio intercostal izquierdo a nivel de la línea medio-clavicular; ruidos cardíacos, normales.

Abdomen: No hay ningún signo que **indique** anormalidad de los órganos contenidos en el abdomen.

Génito Urinario: normal.

Sistema Neuromuscular: normal.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre: Reacción de Kahn, negativa. Recuento de Glóbulos: G. R. 4.500.000, G. B. 8.500, Fórmula, Leucocitaria: Neutrófilos, 78%, Linfocitos 16%, Grandes mononucleares 4%; Eosinófilos, 2%.

Examen de Orina: células de pus, positivo más dos.

Examen de heces: negativo por protozoarios y helmintos.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Radiografía tomada el 9 de agosto de 1948.

Marcado velo de los senos frontales, maxilares y atmoidales. Calsificación también marcada de la hoz del cerebro. Impresión: Pansenusitis.

Con los datos clínicos, de laboratorio y radiológicos, el paciente fue sometido a dos intervenciones quirúrgicas, por el jefe del servicio de Cirugía de Hombre, sin haber logrado el cierre de las fístulas, porque las operaciones se limitaron a simples exploraciones y raspados de los conductos fistulosos.

Septiembre de 1949.

Catorce meses después de su ingreso al Hospital, el paciente continuaba supurando por sus fístulas; en ese tiempo fui consultado por el Dr. Ignacio Midence que tenía el servicio de Cirugía a su cargo, para examinar y tratar al paciente. Leí la historia clínica y los resultados del laboratorio y radiográficos, y los Dres. Virgilio Banegas y Midence me indicaron que las intervenciones que ellos practicaron fueron insuficientes porque eran tan profundos los trayectos **fistulosos** que temieron penetrar en la cavidad craneana.

Practiqué el examen otorrinolaringológico, obteniendo los siguientes resultados:

Oídos: presencia de pequeños tapones de cerumen en los conductos externos, que se extraen con lavado. Trompas de Eustaquio, libres.

Examen funcional de audición, normal.

Examen de equilibrio, normal.

Nariz: congestión marcada de los cornetes medios e inferiores y presencia de mucopus en los meatos medios y piso de las fosas. Al aplicar gotas de neosinefrina (1%), la mucosa de los cornetes se retrae, y se ve **salir** una gota de pus por el meato del conducto nasofrontal izquierdo únicamente.

Senos Paranasales: Hay dolor a la presión de los senos frontales y maxilares, y dolor al agacharse el paciente; estas maniobras hacen **salir** pus por las fístulas, que al presente se encuentran retraídas y con sus bordes pegados al hueso. A la diafanoscopia, todo3 los senos se muestran opacos.

Boca: Lengua sucia; faltan varias piezas dentarias y las restantes están en pésimo estado, aliento fétido.

Garganta: Amígdalas pequeñas, ocultas tras los pilares anteriores; mucosa bucofaringea seca, con granulaciones y costras de pus seco y adherente.

Laringoscopia indirecta: no muestra anormalidades laríngeas.

Ojos: Conjuntivas rojas, banas de pus; hay ectropión del párpado inferior izquierdo.

Se ordenan nuevos exámenes de laboratorio y radiografías, y los resultados son los siguientes:

Examen de sangre por reacción de Kahn, negativa. Recuento de G. R. 4. 250.000 G. B. 6. 950. Hemoglobina 80%; tiempo de coagulación 5 minutos. Fórmula leucocitaria; Neutrófilos 80%, Linfocitos 8%, Grandes mononucleares 10%, Eosinófilos 2%. Hematozoario, negativo.

Examen de Orina, positivo por escasas células de pus.

Examen de Heces: negativo por protozoarios y helmintos.

Resultado radiográfico:

Opacidad irregular de los senos frontales y regular de Los maxilares. Diagnóstico: Sinusitis maxilar y osteoperiostitis de los senos frontales.

Por todos los datos anteriores se hizo el siguiente diagnóstico Otorrinolaringológico:

PANSINUSITIS CON OSTEOPERIOSTITIS DE LAS PAREDES DE LOS SENOS FRONTALES.

En los ojos se encontró una conjuntivitis, y un extropión del párpado inferior izquierdo.

Tratamiento:

Desde el principio se planteó la necesidad de la cura quirúrgica, pero se dispuso hacer tratamiento módico previo para mejorar las condiciones del paciente y limpiar un poco de pus los senos. Se instituyó tratamiento a base de penicilina por la vía venosa, 50.000 unidades de Penicilina cristalina G. Lilly, cada cuatro horas, y se introdujeron sondas de goma fina en las fístulas para practicar lavados con suero fisiológico en instalaciones de solución de Penicilina (100.000 unidades de 20 cc. de agua), 10 cc. mañana y tarde. Con los lavados se conseguía extraer gran cantidad de pus, especialmente del lado derecho. Por mes y medio se estuvo haciendo el tratamiento indicado anteriormente, pero viendo que no se conseguía la curación, se dispuso operar.

Previamente preparado, el paciente fue llevado a la Sala de Operaciones el día 12 de Octubre de 1949, y con anestesia general con intubación traqueal, practiqué la primera operación que consistió en: extirpación total del piso y de la pared anterior del seno frontal izquierdo y de las celdas etmoidales anteriores, medias y posteriores que también estaban completamente destruidas por osteitis; se dejó el rebol de orbitario por considerarlo fuerte, y para evitar la deformación posterior que queda en las radicales. En el lado derecho se hizo igual operación, pero no fue posible dejar el reborde orbitario, porque estaba completamente despegado del hueso y fue lo primero que se extirpó. Se dejó drenaje con tubo de goma y se cerraron las heridas con puntos separados de algodón, no sin antes haber churreteado completamente los trayectos fistulosos. El postoperatorio del paciente fue bueno, y con la ayuda de la Penicilina endovenosa, el paciente reaccionó bien, pero pasada una semana, la supuración seguía como antes en el lado izquierdo y únicamente el lado derecho había cerrado por primera intención; se hicieron curas locales en ese lado, pero no se consiguió el cierre de la fístula.

En vista del fracaso se dispuso hacer la cura radical del lado izquierdo, y el 3 de Noviembre, el paciente es llevado de nuevo a la Sala de Operaciones, y con anestesia local se le practica la extirpación del reborde orbitario y se hace una revisión del corredor etmoidal, se deja drenaje de goma fina, y se cierra la herida con puntos de algodón. Con la operación anterior se cree que el paciente seguirá bien y que la fístula cerrará como la del lado derecho, pero pasan los días y el pus continúa saliendo aunque en poca cantidad. El 21 de Diciembre de nuevo hago con anestesia local una nueva revisión y encuentro en la parte más profunda del corredor etmoidal, una pequeña esquirla que era la causa de la persistencia del pus. Después de esa intervención, la fístula cerró completamente y todos los síntomas desaparecieron, quedando únicamente el problema de la conjuntivitis y el ectropión del párpado inferior izquierdo.

Por tres meses y medio me ausenté del país, y a mi regreso en abril del corriente año, se me comunicó que el paciente estaba con síntomas de meningitis; lo interrogué y examiné clínicamente, y comprobé que tenía cefalalgia moderada, elevación de temperatura, 38°C, rigidez de la nuca y exageración de los reflejos rotulianos y aquileos. Se hizo una punción lumbar y salió líquido claro con poca presión, y el laboratorio reportó: recuento de células, una por milímetro cuadrado; reacción de Norme Appel, negativa; reacción de Pandy, negativa. El examen de Sangre por-recuento de G. B. y Fórmula leucocitaria, resultó: G. B. 8.500; Neutrófilos 70%, Linfocitos 22%, Grandes mononucleares 6%, Eosinófilos 2%. El examen de orina mostró trazas de albúmina, pocas bacterias y pocas células de pus. Con diagnóstico, de meningismo, se instituyó tratamiento con Penicilina, 50.000 unidades cada cuatro horas por vía venosa; luego de iniciado el tratamiento, los síntomas mejoraron y una semana después el paciente estaba completamente bien. después el paciente estaba completamente bien.

Temiendo darle alta sin la seguridad absoluta de su completa curación, y pensando en los síntomas de irritación meníngea que había tenido, propalé al paciente para hacerle una última operación, para comunicarle la cavidad etmoidal a la nariz a través del antro maxilar; eso me daría la oportunidad de explorar el seno maxilar que aparecía opaco a la radiografía. El 26 de julio le practiqué la operación con anestesia local; con la técnica de Caldwell Luc le hice una revisión al antro izquierdo encontrando únicamente un engrosamiento de toda la mucosa hice la comunicación con la cavidad etmoidal que estaba completamente limpia; comuniqué después el antro con la nariz a través del meato inferior, dejando taponamiento por haber hemorragia. El paciente reaccionó bien a la operación, y se quitó el taponamiento a las 48 horas, quedando completamente curado.

Para la cura de la conjuntivitis y del ectropión, pedí la cooperación del Dr. José Gómez Márquez Girones, quien una vez mejorado el estado conjuntival, practicó una blefarorrafia por considerar que el ectropión era debido a un simple engrosamiento de la conjuntiva por la constante irritación del pus, que había hecho que

se cayera el párpado. La blefarorrafia será despegada seis meses después de la operación, y se espera que para entonces el paciente esté completamente bien.

Comentario:

Se trata de un paciente que en 1943 y debido a una gripe, adquirió una sinusitis frontal aguda, que no fue tratada debidamente; que posiblemente se le obstruyó el conducto nasofrontal izquierdo y se retuvo el pus en el seno produciendo un proceso de osteítis del piso o de la pared anterior, no habiendo llegado a la evacuación espontánea del pus por habersele practicado una trepanación; puede también que haya sido la trepanación la que al exponer las partes blandas del hueso a la acción del pus, hayan causado el proceso destructivo. El proceso osteítico destruyó la pared intersinusal y pasó al otro seno, y abriéndose paso por el piso, se fistulizó espontáneamente a nivel de la cabeza de la ceja derecha. Infectado el tejido conjuntivi-vascular del hueso, se produjeron trombosis y la osteomielitis quedó establecida. Las celdas etmoidales también participaron del proceso destructivo, y si no se practican las operaciones radicales, posiblemente el enfermo hubiera muerto por una meningitis o un absceso cerebral.

La presencia constante de pus en las conjuntivas, más prolongada y abundante en el lado izquierdo, produjo irritación y luego engrasamiento de la conjuntiva del párpado inferior de ese lado, que poco a poco fue cayendo hasta producir un ectropión, que dejaba al descubierto la mitad correspondiente del globo ocular visible.

Por dos veces fue operado por el jefe del servicio de Cirugía de Hombres, pero las intervenciones se limitaron a simples exploraciones y curetajes de los trayectos fistulosos, resultando por consiguiente, insuficientes. También se intentó por dos meses y medio curarlo con tratamiento médico local y general a base de Penicilina, pero la infección era intensa y la destrucción ósea muy avanzada. Los fracasos anteriores indicaren que sólo con operaciones radicales se podría curar al paciente, y se hicieron a pesar de las deformaciones tan grandes que reducen dichas operaciones, que afortunadamente para el paciente, no son tan deformantes en él.

Tanto el diagnóstico positivo como el diferencial, no tenían dificultad alguna, y por eso no aparece en este trabajo el diferencial, pues tanto la clínica como el estudio radiológico, no dejaban duda de que se trataba de una osteomielitis del hueso frontal.

- 1).—La osteomielitis del seno frontal como complicación de sinusitis, es rara.
- 2).—Cuando en presenta de sinusitis aguda o crónica de los senos frontales, se presenta edema superciliar, hay que pensar en osteomielitis, y si se opera, hay que hacer operaciones amplias y no contentarse con hacer simples trepanaciones, que no se consigue otra cosa que empeorar el caso.