

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Absceso profundo de punta nasal

Deep abscess of nasal tip

Carmelo Morales-Angulo, Leticia Acle-Cervera, Carlos Armiñanzas-Castillo, Sergio Obeso Agüera.*

Servicio de Otorrinolaringología.
*Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.
leticia_acle@hotmail.com

Recibido: 14/06/2013

Aceptado: 22/06/2013

Publicado: 25/06/2013

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Morales-Angulo C, Acle-Cervera L, Armiñanzas-Castillo C, Obeso-Agüera S. Absceso profundo de punta nasal. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013. 4 (12): 106-110

Resumen	Los abscesos profundos nasales constituyen una patología infrecuente en la práctica clínica. Su localización más habitual es el tabique nasal y suelen ser de origen traumático. Se comenta un caso de una paciente sin inmunosupresión subyacente, que presentó un absceso profundo de punta nasal secundario a un forúnculo de vestíbulo nasal.
Palabras clave	Absceso; Staphylococcus Aureus; ADN mitocondrial; trastornos nasales.
Summary	Nasal deep abscess are an uncommon entity in clinical practice. Its most frequent location is the nasal septum and are usually of traumatic origin. We describe the clinical case of a patient without underlying immunopression, who presented a deep nasal tip abscess secondary to vestibule boil.
Keywords	Abscess; Staphylococcus Aureus; Mitochondrial DNA; nose diseases.

Introducción

Los abscesos profundos nasales constituyen una patología infrecuente, cuya localización más habitual suele ser el tabique como consecuencia de un traumatismo, y con menos frecuencia, secundarios a cirugía nasosinusal. [1]. Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso publicado en la literatura médica de abscesos localizados en la punta nasal, por lo que consideramos de interés presentar el caso de una paciente que desarrolló un absceso de punta nasal.

Descripción

Paciente de 62 años de edad que consulta porque, tras la aparición de un forúnculo de la punta nasal 4 días antes, tratado inicialmente con mupirocina tópica, comienza con enrojecimiento y dolor progresivos de la punta nasal. Dos días antes del ingreso, ante el empeoramiento del cuadro clínico y la aparición de fiebre (38°), le pautan tratamiento con cloxacilina oral, a dosis de 500 mg/6 horas. La paciente acude a Urgencias por no experimentar mejoría. Entre sus antecedentes únicamente destaca la presencia de hipoacusia neurosensorial para altas frecuencias, secundaria a la mutación A1555G del gen MTRNR1. En la exploración clínica se objetivó un edema y eritema de la punta nasal e intenso dolor a la palpación (figura 1). En la parte superior interna del vestíbulo nasal se observaba la presencia de un forúnculo.



Figura 1. Se observa el edema y eritema de la punta nasal.

El resto de la exploración ORL era normal. La temperatura corporal era de 38.1°. Se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste, siendo informada como un absceso de punta nasal de 1.2 cm de diámetro mayor (figura 2).

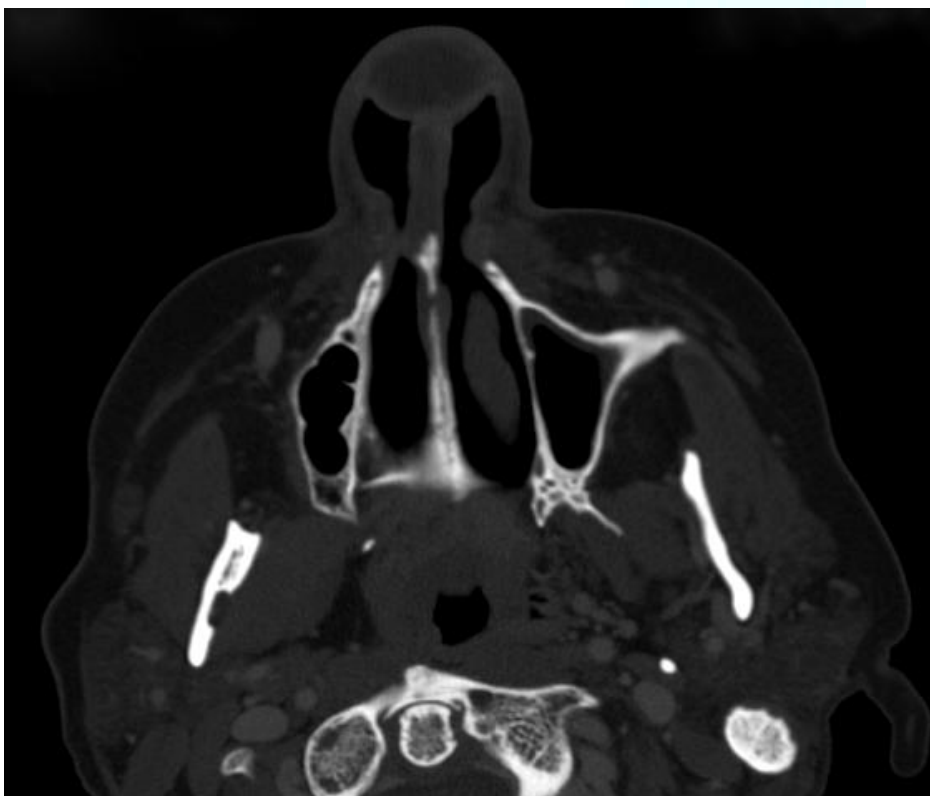


Figura 2. TAC con contraste endovenoso. Se objetiva un absceso de la punta nasal.

En el momento del ingreso, la paciente presentaba una PCR de 6,5mg/dl y una VSG de 52 mm, sin leucocitosis ni otras alteraciones analíticas relevantes. El screening de VIH fue negativo. Se decidió realizar un drenaje del absceso en consulta. Tras la administración de un anestésico local (lidocaína al 2%) se practicó una punción para obtención de muestra para cultivo, con posterior drenaje de aproximadamente 1 cc de pus, desbridamiento y lavado con agua oxigenada, dejando un drenaje de silicona. Evaluada por la Unidad de Enfermedades Infecciosas se decidió instaurar tratamiento con cloxacilina a dosis de 2g/6 horas/endovenoso, metronidazol 500/6h/endovenoso y ciprofloxacino 750 mg/12 horas/oral. En el cultivo del exudado del absceso se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, por lo que se ajustó tratamiento con amoxicilina-clavulánico a dosis de 1gr /8h ev. Ante la buena evolución el drenaje se retiró a las 48 horas y la paciente fue dada de alta a los 5 días con amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h vía oral, presentando entonces una PCR de 1,2 mg/dl. Un mes después de haber finalizado el tratamiento antibiótico, la paciente permanecía asintomática, sin secuelas estéticas o funcionales y con normalización completa de los parámetros inflamatorios analíticos (PCR de 0,2 mg/dl y VSG de 2mm.).

Discusión

La localización más habitual de los abscesos profundos nasales suele ser el tabique nasal, como consecuencia de la formación de un hematoma de origen traumático sobreinfectado y, con menos frecuencia, secundarios a cirugía nasosinusal, infecciones dentarias, sinusitis y procesos inflamatorios de la nariz, como fue el caso de nuestro paciente.

El microorganismo más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus* [1-5], aunque también se han descrito infecciones por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, y con menos frecuencia por *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, bacilos gramnegativos y anaerobios. [6,7]. Habitualmente, ante la sospecha de absceso profundo nasal debe realizarse una TC nasosinusal para confirmar su presencia, así como para descartar complicaciones sépticas asociadas como trombosis venosa, empiema subaracnoideo o inflamación orbitaria, entre otras. [1,2,8,9].

Llama la atención en el caso que publicamos el hecho de haber encontrado ningún caso publicado en la literatura médica de esta localización, además de tratarse de una paciente sin una inmunodeficiencia subyacente. La presencia de la mutación A1555G del gen MTRNR1 del ADN mitocondrial parece simplemente coincidente sin estar implicada en el desarrollo del mismo, ya que en ninguna de las publicaciones previas sobre dicha mutación se le ha asociado con la propensión al desarrollo de patología infecciosa. [10].

El tratamiento de los abscesos nasales debe ser agresivo para evitar la aparición de complicaciones graves. De inicio es preciso realizar un drenaje quirúrgico con toma de cultivo, e iniciar una cobertura antibiótica de amplio espectro de forma empírica. Posteriormente, según los resultados del cultivo microbiológico puede requerir mantener el tratamiento antibiótico durante dos semanas.

Conclusiones

Los abscesos nasales son infecciones que por su localización requieren un tratamiento agresivo de rápida instauración. El drenaje quirúrgico es indispensable junto con un correcto tratamiento antibiótico, preferentemente endovenoso.

Bibliografía

1. Ambrus PS, Eavey MD, Baker AS, Wilson WR, Nelly JH. Management of nasal septal abscess. *Laryngoscope* 1981;91:575-82.
2. Canty PA, Berkowitz RG. Hematoma and abscess of the nasal septum in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:1373-6.
3. Shapiro RS. Nasal septal abscess. *Can Med Assoc J* 1978;119:1321-3.
4. Matsuba HM, Thawley SE. Nasal septal abscess: unusual causes, complications, treatment and sequelae. *Ann Plast Surg* 1986;16:161-6.
5. Da Silva M, Herman J, Eliachar I, Joachims Hz. Nasal septal abscess of dental origin. *Arch Otolaryngol* 1982;108:380-1.

6. Brook I. Recovery of anaerobic bacteria from a post-traumatic nasal septal abscess. A report of two cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:959-60.
7. Ginsburg CM, Leach JL. Infected nasal septal hematoma. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:1012-3.
8. Eavery RD, Malekzakeh M, Wright HT. Bacterial meningitis secondary to abscess of the nasal septum. *Pediatrics* 1977;60:102-4.
9. Rohana AR, Rosli MK, Nik Rizal NY, Shatriah I, Wan Hazabbah WH. Bilateral ophthalmic vein thrombosis secondary to nasal furunculosis. *Orbit*. 2008;27:215-7.
10. Gallo-Terán J, Morales-Angulo C, Del Castillo I, Moreno-Pelayo MA, Mazón A, Moreno F. Familial susceptibility to aminoglycoside ototoxicity due to the A1555G mutation in the mitochondrial DNA. *Med Clin (Barc)* 2003;121:216-8.

