

**DOI:** 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.551-559

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1591>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 551-559



## **Celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda: Abordaje quirúrgico y manejo coordinado entre oftalmología y otorrinolaringología**

Orbital cellulitis secondary to acute ethmoid sinusitis: Surgical approach and coordinated management between ophthalmology and otorhinolaryngology

Celulite orbital secundária a sinusite etmoidal aguda: abordagem cirúrgica e gestão coordenada entre oftalmologia e otorrinolaringologia

**José Gabriel Zambrano Mora<sup>1</sup>; Raisa Gabriela Morejón López<sup>2</sup>; Dolores Guadalupe Zambrano Cerón<sup>3</sup>; Víctor Stiven Zevallos Cobeña<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 07/07/2025

1. Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local; Odontólogo; Docente de la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; gabriel.zambrano@utm.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0007-1990-0593>
2. Médico-Oftalmólogo; Médica Cirujana; Docente de la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; raisa.morejon@utm.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0005-9786-7149>
3. Magíster en Docencia Universitaria; Licenciada en Enfermería; Docente de la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; dolores.zambrano@utm.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-7765-545X>
4. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Licenciado en Optometría; Docente de la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; victor.zevallos@utm.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-5155-0887>

### **CORRESPONDENCIA**

**José Gabriel Zambrano Mora**  
gabriel.zambrano@utm.edu.ec

**Portoviejo, Ecuador**

## RESUMEN

La celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda es una infección que afecta los tejidos detrás de la órbita ocular, generalmente como complicación de una sinusitis etmoidal aguda. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos biomédicas como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando una combinación de términos clave que incluyeron "celulitis orbitaria", "sinusitis etmoidal aguda", "manejo multidisciplinario", "oftalmología" y "otorrinolaringología". La revisión se centró en artículos publicados en los últimos años, con el objetivo de identificar estudios que abordaran el manejo coordinado de la celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda. La celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda es una condición grave que exige un diagnóstico temprano y preciso, así como un manejo coordinado entre oftalmología y otorrinolaringología. La etmoiditis, especialmente en niños, favorece esta complicación debido a la anatomía ósea y vascular de los senos paranasales. El tratamiento principal es la antibioticoterapia agresiva e intravenosa, complementada con estudios imagenológicos para monitorear la progresión y determinar la necesidad de intervención quirúrgica en casos de abscesos o empeoramiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Celulitis orbitaria, Sinusitis etmoidal aguda, Manejo multidisciplinario, Oftalmología, Otorrinolaringología.

## ABSTRACT

Orbital cellulitis secondary to acute ethmoid sinusitis is an infection affecting the tissues behind the ocular orbit, typically as a complication of acute ethmoid sinusitis. An exhaustive search was conducted in biomedical databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar, using a combination of keywords including "orbital cellulitis," "acute ethmoid sinusitis," "multidisciplinary management," "ophthalmology," and "otorhinolaryngology." The review focused on articles published in recent years, aiming to identify studies addressing the coordinated management of orbital cellulitis secondary to acute ethmoid sinusitis. Orbital cellulitis secondary to acute ethmoid sinusitis is a severe condition that demands early and precise diagnosis, as well as coordinated management between ophthalmology and otolaryngology. Ethmoiditis, especially in children, favors this complication due to the bony and vascular anatomy of the paranasal sinuses. The primary treatment is aggressive intravenous antibiotic therapy, supplemented with imaging studies to monitor progression and determine the need for surgical intervention in cases of abscesses or worsening disease.

**Keywords:** Orbital cellulitis, Acute ethmoid sinusitis, Multidisciplinary management, Ophthalmology, Otorhinolaryngology.

## RESUMO

A celulite orbital secundária à sinusite etmoidal aguda é uma infecção que afeta os tecidos atrás da órbita ocular, normalmente como complicação da sinusite etmoidal aguda. Foi realizada uma pesquisa exhaustiva em bases de dados biomédicas, como PubMed, Scopus e Google Scholar, utilizando uma combinação de palavras-chave, incluindo «celulite orbital», «sinusite etmoidal aguda», «tratamento multidisciplinar», «oftalmologia» e «otorrinolaringologia». A revisão concentrou-se em artigos publicados nos últimos anos, com o objetivo de identificar estudos que abordassem o tratamento coordenado da celulite orbital secundária à sinusite etmoidal aguda. A celulite orbital secundária à sinusite etmoidal aguda é uma condição grave que exige diagnóstico precoce e preciso, bem como tratamento coordenado entre oftalmologia e otorrinolaringologia. A etmoidite, especialmente em crianças, favorece essa complicação devido à anatomia óssea e vascular dos seios paranasais. O tratamento primário é a terapia antibiótica intravenosa agressiva, complementada com exames de imagem para monitorar a progressão e determinar a necessidade de intervenção cirúrgica em casos de abscessos ou agravamento da doença.

**Palavras-chave:** Celulite orbital, Sinusite etmoidal aguda, Tratamento multidisciplinar, Oftalmologia, Otorrinolaringologia.

## **Introducción**

Las principales enfermedades inflamatorias de la órbita y sus anexos son la celulitis orbitaria (CO) y periorbitaria; su diferenciación anatómica está determinada por la relación del proceso infeccioso con el septum orbitario. En la gran mayoría de los casos se presenta como complicación de una sinusitis con extensión de la infección a la órbita. La celulitis orbitaria puede ocurrir a cualquier edad, es más común en la población pediátrica. Los microorganismos causales responsables de la sinusitis en niños son: *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *H. influenzae no tipificable*, *Moraxella catarrhalis* y gérmenes anaerobios. También se han notificado casos raros de celulitis orbitaria causada por anaerobios no formadores de esporas *Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Eikenella corrodens*. Las infecciones polimicrobianas son frecuentes, sobre todo en niños mayores de 9 años (1).

Se presenta predominantemente en niños debido a la inmadurez inmunológica y a la falta de desarrollo o de neumatización de los senos paranasales, septo y lámina delgada papirácea. Hay pocos estudios sobre la incidencia de celulitis orbitaria, un estudio del 2014, realizado en Escocia reporta que la incidencia de esta patología en la población pediátrica es de 1.6/100 000, en comparación a 0.1/100 000 en adultos. La celulitis orbitaria es considerada una emergencia ocular, por lo que se debe instaurar tratamiento de inmediato, el paciente debe ser evaluado por un equipo médico multidisciplinario que incluya evaluación oftalmológica en primera instancia; porque retrasar su diagnóstico puede condicionar complicaciones importantes como lo son la ceguera o potencialmente letales, como la meningitis o abscesos cerebrales (2).

La sinusitis es uno de los problemas médicos más frecuentes. La sinusitis puede aparecer en cualquiera de los cuatro grupos de senos paranasales: maxilar, etmoidal, frontal y esfenoidal. Casi siempre ocurre en

conjunción con la inflamación de la mucosa de los conductos nasales (rinitis), y algunos médicos se refieren al trastorno como rinosinusitis. Puede ser aguda (de corta duración) o crónica (de larga duración). La sinusitis se considera aguda si remite totalmente en menos de 30 días. En las personas con un sistema inmunitario que funciona normalmente, la sinusitis aguda está causada por lo general por una infección vírica (3).

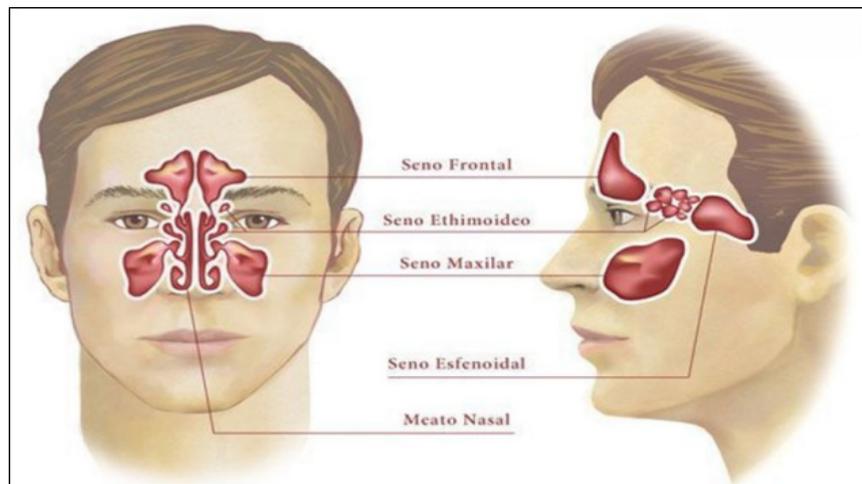
La sinusitis bacteriana aguda es una patología diagnosticada con frecuencia en la edad pediátrica, a menudo derivada de una infección de vías respiratorias superiores (IVRS). Los niños pueden experimentar entre 3 y 8 episodios de IVRS al año, y hasta un 13% de estos pueden evolucionar a una sinusitis aguda. Es un cuadro tan frecuente que se estima que entre un 8-9% de los antibióticos recetados a niños son para tratar esta entidad clínica. La mayoría de los pacientes se recuperarán sin complicaciones, sin embargo, en ocasiones la sinusitis puede progresar produciendo complicaciones orbitarias o intracraneales, por lo que un diagnóstico e instauración de tratamiento temprano resulta esencial (4).

## **Metodología**

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos biomédicas como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando una combinación de términos clave que incluyeron "celulitis orbitaria", "sinusitis etmoidal aguda", "manejo multidisciplinario", "oftalmología" y "otorrinolaringología". La revisión se centró en artículos publicados en los últimos años, con el objetivo de identificar estudios que abordaran el manejo coordinado de la celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda. Se priorizaron las revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados y series de casos con un número significativo de pacientes, descartando aquellos estudios con datos incompletos o metodologías no claras.

## Resultados

### Sinusitis aguda



**Figura 1.** Sinusitis

**Fuente:** Durán Palacios & León Rojas (5).

La sinusitis aguda es una inflamación de la mucosa de los senos paranasales que dura hasta cuatro semanas. Afecta principalmente a niños en edad escolar, especialmente durante picos de virus respiratorios. Se origina por la interrupción del drenaje normal de los senos, lo que provoca la acumulación de secreciones. Algunos factores de riesgo incluyen alergias, infecciones respiratorias recurrentes, anomalías congénitas e inmunodeficiencias. La causa principal es bacteriana, con patógenos comunes como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pyogenes* (6).

Clínicamente, la sinusitis aguda se presenta con fiebre, tos, dolor de cabeza, dolor facial y secreción nasal purulenta. La afectación de los senos varía según la edad: los niños pequeños suelen tener etmoiditis o sinusitis maxilar; los niños mayores también pueden presentar afectación frontal; y los adolescentes pueden tener infecciones esfenoidales aisladas. El diagnóstico es clínico, aunque puede confirmarse con radiografías u otras imágenes. Las complicacio-

nes graves, como la celulitis y los abscesos periorbitarios, son raras y generalmente se observan en niños inmunocomprometidos. La celulitis orbitaria, una de estas complicaciones, se caracteriza por la inflamación de los tejidos de la órbita, con proptosis (ojo protruido), limitación de los movimientos oculares y edema palpebral (6).

Algunos de los síntomas sugieren qué seno paranasal está infectado:

- La sinusitis maxilar causa dolor en las mejillas justo debajo de los ojos, dolor de muelas y cefalea.
- La sinusitis frontal causa dolor de cabeza, sobre la frente.
- La sinusitis etmoidal causa dolor por detrás de los ojos y entre ellos, lagrimeo y dolor de cabeza (a veces descrito como muy intenso) sobre la frente.
- La sinusitis esfenoidal causa dolor en áreas no bien definidas y puede sentirse en la parte frontal o posterior de la cabeza (3).

La sinusitis etmoidal es la inflamación de un grupo específico de senos paranasales los senos etmoidales que se encuentran entre la nariz y los ojos. Los senos etmoidales son espacios huecos en los huesos alrededor de la nariz. Tienen un revestimiento de mu-

cosidad para ayudar a evitar que la nariz se seque. La inflamación de los senos etmoidales puede provocar presión y dolor alrededor de la nariz y entre los ojos (6).

**Emoiditis**



**Figura 2.** Visualización del laberinto etmoidal mediante tomografía computarizada en un recién nacido. A. Corte axial. B. Corte coronal. C. Corte sagital

**Fuente:** François (7).

La etmoiditis es una inflamación e infección de las celdillas etmoidales, comúnmente diagnosticada por edema en el ángulo medial del ojo tras infecciones respiratorias altas. Los patógenos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*. Aunque las complicaciones orbitarias son raras, son urgencias médicas debido al riesgo de secuelas irreversibles. La infección puede extenderse a la órbita, especialmente en niños, por la delgadez y porosidad de sus

huesos, y por la rica comunicación venosa sin válvulas entre los senos, la órbita y el seno cavernoso. La celulitis orbitaria, una de estas complicaciones, se manifiesta con eritema, hinchazón o dolor periorbitario, proptosis, quemosis y disminución de los movimientos oculares, requiriendo estudios de imagen para confirmar la extensión y descartar complicaciones intracraneales, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos (8).

**Figura 1.** Clasificación de Chandler de los estadios de la afectación orbitaria de las etmoiditis agudas

Estadio	Denominación	Edema palpebral	Exoftalmos	Oftalmoplejía	Trastornos oculomotores o de la agudeza visual
I	Celulitis preseptal	+	0	0	0
II	Celulitis orbitaria	+	Exoftalmos axial	0	0
III	Absceso orbitario subperióstico	+	Ojo desplazado hacia delante, hacia abajo y lateralmente	Parcial	±
IV	Absceso orbitario	+	++++	+	+
V	Trombosis del seno cavernoso	±	±	Completo	En ocasiones ceguera

**Fuente:** François (7).

La afectación orbitaria es más o menos extensa. La clasificación de referencia de las complicaciones orbitarias de las sinusitis es

la definida por Chandler en 1970. La extensión retroseptal del proceso infeccioso compromete el pronóstico visual. La disminución



de la agudeza visual es multifactorial: compresión y anoxia del nervio óptico, tromboflebitis de los vasos retinianos y del nervio óptico, neuritis óptica y toxicidad bacteriana local. Una isquemia retiniana o del nervio óptico superior a 90 minutos provoca una afectación irreversible de la visión (7).

### Celulitis orbitaria

#### Etiología

Los agentes microbianos causantes son numerosos. Los más importantes son *S. pneu-*

*moniae*, *H. influenzae*, *S. pyogenes* y, en casos con puerta de entrada o traumatismo (incluyendo picadura de insectos) también *S. aureus*. Los anaerobios podrían estar implicados en situaciones especiales, como, por ejemplo, cuando el origen es odontogénico o si hay sospecha de extensión intracra- neal. Aunque puede estar implicado más de un agente simultáneamente, en especial si se trata de niños mayores, lo habitual es que sea una única bacteria el agente causal (9).

#### Clínica y complicaciones



**Figura 3.** Proptosis y quémosis del ojo derecho

**Fuente:** García et al (10).

La celulitis preseptal (CP) y la celulitis orbitaria (CO) comparten síntomas como inflamación y enrojecimiento palpebral, pero su diferenciación es crucial por las implicaciones pronósticas. En la CP, la infección es superficial, manteniendo la agudeza visual normal, sin proptosis ni alteraciones significativas en los movimientos oculares. Por el contrario, la CO, que es una afectación más grave, se manifiesta con edema y eritema palpebral, edema conjuntival, alteración de los movimientos oculares, proptosis, diplopía y disminución de la agudeza visual. La fiebre puede presentarse en ambos casos, siendo más común en la CO (11).

Las complicaciones más frecuentes de la CO en niños son el absceso subperióstico

(colección de pus entre la lámina papirácea y el periostio de la órbita) y el absceso orbitario. Los abscesos subperiósticos suelen formarse en la pared media de la órbita, como extensión de una sinusitis etmoidal, y responden bien al tratamiento antibiótico. Los abscesos en otras localizaciones (pared superior y lateral) o secundarios a sinusitis no etmoidales, así como los que se dan en niños mayores, requieren con mayor frecuencia intervención quirúrgica (10).

La clasificación de Chandler divide las complicaciones orbitarias de la sinusitis en cinco categorías según su clínica y severidad:

- **Grupo 1:** Edema y eritema palpebral sin afectación visual o de la movilidad ocular.

- **Grupo 2:** Inflamación orbitaria con edema conjuntival, dolor, limitación de la movilidad ocular, disminución de la agudeza visual y proptosis.
- **Grupo 3:** Presenta grados variables de edema conjuntival, dolor, oftalmoplejía, disminución de la agudeza visual y proptosis.
- **Grupo 4:** Acúmulo de pus en los tejidos orbitarios, con edema conjuntival, proptosis, oftalmoplejía por afectación de pares craneales (II, III, IV, V, VI) y pérdida de visión moderada o severa.
- **Grupo 5:** Trombosis del seno cavernoso, con afectación sistémica grave, fiebre, cefalea, hipoestesia-parestesia facial, dolor ocular intenso, edema periorbitario y riesgo de meningitis, sepsis o muerte (11).

Aunque esta clasificación es útil, su limitación radica en que no siempre sigue una progresión secuencial de fases y no diferencia claramente entre los grupos 2, 3 y 4 por síntomas, ni incluye las complicaciones intracraneales que son más frecuentes en niños que la trombosis del seno cavernoso (11).

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la clínica, con una exploración detallada. En el caso de la celulitis preseptal (CP) su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Por el contrario, siempre que haya sospecha de una celulitis orbitaria (CO) es necesario complementar el diagnóstico con una prueba de imagen, para buscar su origen, absceso subperióstico, descartar complicaciones intracraneales y guiarse en el manejo terapéutico. En algunos pacientes, el grado de edema palpebral impide una correcta evaluación del globo ocular, por lo tanto, en estos casos son necesarias imágenes de las órbitas para excluir CO. En general la prueba de imagen inicial de elección es la tomografía computarizada (TC) de órbita y cabeza con contraste. La TC permite además buscar complicaciones asociadas como abs-

cesos subperiósticos, abscesos orbitarios, tromboflebitis de senos cavernosos o abscesos cerebrales (12).

### Tratamiento

Para decidir la conducta terapéutica más adecuada, los casos deben ser discutidos por especialistas de Oftalmología, Pediatría y Otorrinolaringología. Y es que la evaluación y seguimiento de los pacientes con celulitis orbitaria debe estar a cargo de un equipo médico multidisciplinario, en parte, porque también existe la alternativa quirúrgica. Acerca de esta, no existe consenso respecto al momento más idóneo, las propuestas no son del todo esclarecedoras, aunque la mayoría de los expertos propone drenaje cuando el absceso intraorbitario es amplio y bien definido, en caso de oftalmoplejía y deterioro significativo de la agudeza visual, en presencia de absceso subperióstico, o cuando el rendimiento del esquema antimicrobiano es inútil después de 24 a 36 horas (13). La cirugía de drenaje puede ser necesaria para pacientes en los grupos 3, 4 o 5 de la clasificación de Chandler (14).

El tratamiento de la celulitis periorbitaria varía según la gravedad y la edad del paciente, pero generalmente se basa en la terapia antibiótica para cubrir *S. aureus*, especies de *Streptococcus* y anaerobios. Para pacientes de 1 año o más con síntomas leves, el tratamiento ambulatorio con antibióticos tópicos y/u orales es adecuado. Sin embargo, los pacientes con enfermedades más graves o menores de 1 año deben ser hospitalizados para una monitorización más cercana y la administración de antibióticos intravenosos (14).

La respuesta a los antibióticos suele ser rápida y completa. Sin embargo, si la terapia ambulatoria no muestra mejoría en 24 a 48 horas, se debe considerar la hospitalización. Esto implica iniciar antibióticos de amplio espectro, realizar una tomografía computarizada (TC) y consultar a un cirujano para una posible incisión y drenaje. Los an-

tibióticos intravenosos son esenciales para casos graves, pacientes inmunocomprometidos o aquellos con síntomas sistémicos significativos. Las terapias empíricas a menudo incluyen ceftriaxona o vancomicina mientras se esperan los resultados de los cultivos. No hay estudios que demuestren una asociación entre el uso de esteroides y la recurrencia o las complicaciones de la celulitis orbitaria, por lo que no se prescriben de forma rutinaria (14).

## Conclusión

La celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda, aunque infrecuente, es una condición grave que requiere una atención médica urgente y un manejo altamente coordinado. Es crucial un diagnóstico temprano y preciso, diferenciándola de la celulitis preseptal, dado el riesgo de complicaciones visuales e intracraneales significativas. La etmoiditis, particularmente en niños, predispone a esta complicación por la anatomía del seno etmoidal y su conexión vascular con la órbita.

El tratamiento se centra en la terapia antibiótica oportuna y agresiva, generalmente por vía intravenosa, especialmente en casos graves, en pacientes menores de un año o en aquellos con inmunodeficiencia. El manejo coordinado entre oftalmología y otorrinolaringología es fundamental para asegurar una evaluación integral del paciente, desde la valoración de la agudeza visual y los movimientos oculares, hasta la gestión de la infección sinusal y la identificación de posibles complicaciones. La monitorización constante de la respuesta al tratamiento y el uso de estudios imagenológicos, como la tomografía computarizada, son esenciales para guiar las decisiones terapéuticas y determinar la necesidad de intervención quirúrgica, la cual se reserva para casos de abscesos o progresión de la enfermedad.

## Bibliografía

- Rosa T, Mojena S. Informe de Caso de Celulitis orbitaria en edad pediátrica como complicación de una etmoiditis. In XXXII FCENCM. 2024;
- Planchet J, Rojas K, Blanco P. Presentación atípica de celulitis orbitaria en recién nacido. Rev Digit Postgrado [Internet]. 2021 Aug 22;11(1). Available from: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/22822](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/22822)
- Fried M. Sinusitis. [Online].; 2023. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-de-la-nariz-y-de-los-senos-paranasales/sinusitis?ruleredirectid=760>.
- Galstyan-Minasova, V., Alamar-Velázquez, A., Ibáñez-Alcañiz, I., Lesmas-Navarro, M. J., & Armentgot-Carceller M. Complicaciones de la sinusitis aguda en edad pediátrica. Rev ORL. 2025;16(1).
- Durán Palacios MT, León Rojas ED. CAPÍTULO 52: SINUSITIS. In: Medicina de Urgencias. Tomo 2. 2022.
- Pantoja Pereda, O., Luis Álvarez, M. D. C., Benítez Rodríguez, D., Rivero González, M., & Pérez-Oliva Sánchez L. Celulitis orbitaria como forma de presentación de la sinusitis complicada en el niño. Rev Cubana Pediatr. 2012;84(1):117–21.
- François M. Etmoiditis agudas en la infancia. EMC - Otorrinolaringol [Internet]. 2016 Feb;45(1):1–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S163234751676084X>
- Pantoja Pereda O, Rosales Silva P, Rodríguez Ulloa S, Rivero González M, Marzo Matos R, Entenza Guerra N. Etmoiditis complicada con celulitis orbitaria en un lactante. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2014 [cited 2025 Jun 2];86(4):521–8. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312014000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- Daoud Pérez Z, Lupiani Castellanos P, Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria. guíaABE. 2020;
- García JG, Hernández BB, Salermo MEC, Otero RR. Celulitis orbitaria. Presentación de un caso. Rev Med Isla la Juv. 2014;15(1):177–88.
- Benito Fernández J, Montejo Fernández M. Celulitis preseptal y orbitaria. Pediatr Integr. 2014;18(2):108–14.

Cortés Bejarano F, Quesada Campos J. Celulitis preseptal y orbitaria. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2018 Nov 1;3(11):3-9. Available from: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/150>

Yero Lorente O, Rodriguez Benítez M, Rodríguez Valdés M, Abreu Jáuregui Y. Celulitis orbitaria secundaria a sinusitis. Presentación de un caso. *MediSur* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 2];16(6):967-73. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2018000600020&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600020&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Zeppieri M, Bourget D. Periorbital Cellulitis [Internet]. 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470408/>

### **CITAR ESTE ARTICULO:**

Zambrano Mora, J. G., Morejón López, R. G., Zambrano Cerón, D. G., & Zevallos Cobeña, V. S. (2025). Celulitis orbitaria secundaria a sinusitis etmoidal aguda: Abordaje quirúrgico y manejo coordinado entre oftalmología y otorrinolaringología. *RECIAMUC*, 9(2), 551-559. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.551-559](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.551-559)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.