

CAPÍTULO 52: SINUSITIS

Durán M., León E.

María Teresa Durán Palacios 0000-0002-3030-7420 

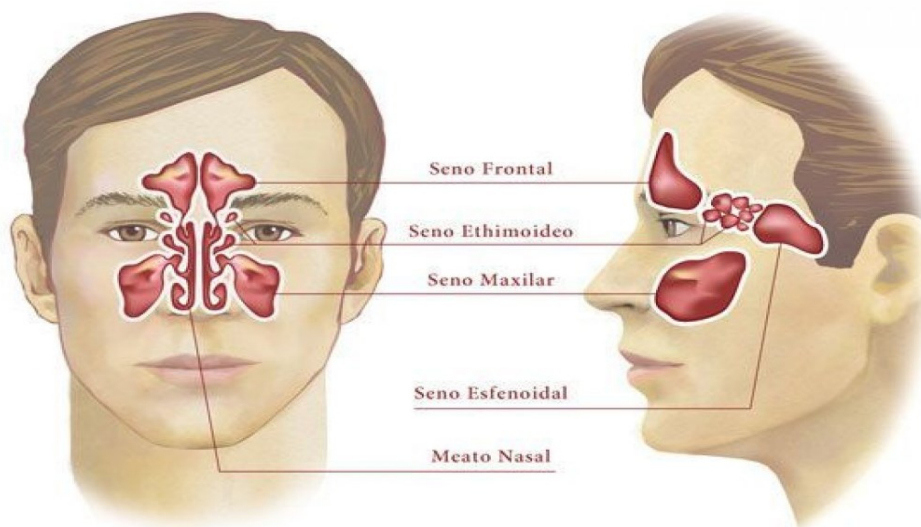
Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
teresa.duran@ucacue.edu.ec

Edmundo Dante León Rojas 0000-0002-8513-1792 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
Médico Legista de la Fiscalía General del Estado.
dantesleon@hotmail.com edleonr@ucacue.edu.ec

I. INTRODUCCION

La sinusitis es la inflamación de una o más senos paranasales (maxilar, etmoidal, frontal esfenoidal, pansinusitis si es que son todos los senos)(1) · suele presentarse como complicación de una infección respiratoria viral alta(2). Figura 1.



Los virus que la provocan pueden ser adenovirus, parainfluenza, virus de la gripe y rinovirus, pero también pueden ser bacterias como el *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (3)

La mayoría de las veces coexiste acompañada de rinitis y el término a usarlo es rinosinusitis (3) (4)

La rinosinusitis según la duración del cuadro se clasifica en:

Rinosinusitis aguda: si las manifestaciones clínicas tienen menos de 12 semanas de evolución (4)

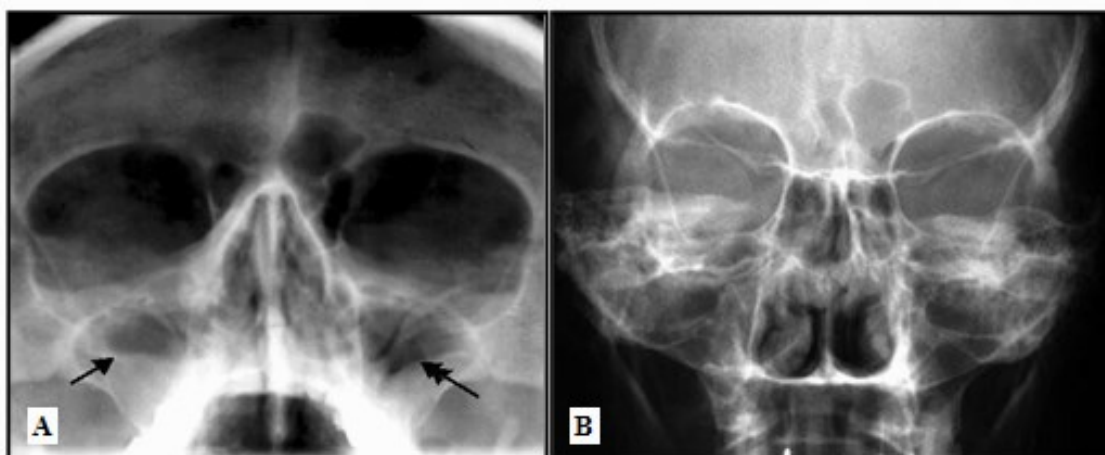
Rinosinusitis crónica: si las manifestaciones clínicas no han tenido resolución completa durante más de 12 semanas. Con o sin exacerbaciones agudas (4),

Esta ocurre más de 3 o 4 veces al año o en los que el tratamiento médico fracasa frecuentemente (5)

En este apartado trataremos sobre la rinosinusitis aguda.

Definición

La rinosinusitis aguda es la inflamación infecciosa de los senos paranasales y de la mucosa nasal es consulta frecuente en la atención de emergencia. Suele ser el resultado de obstrucción del drenaje por secreciones en las cavidades paranasales, esta obstrucción aparece por edema de la mucosa, anomalías del aparato ciliar, alteraciones de la anatomía o sobreproducción de moco(5). Figura 2 (sinusitis maxilar)



La mayor parte son de etiología viral, las bacterianas son una complicación infrecuente a cuadros producidos por virus en las vías respiratorias altas, de entre estos los más frecuentes son el *Haemophilus influenzae* y el *Streptococcus pneumoniae* (3) (5). También existe relación directa entre la rinosinusitis y manifestaciones atópicas, tales como el asma y rinitis. (6)

II. DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico.

Estos son los criterios que se utilizan para el diagnóstico de sinusitis aguda:

Criterios mayores (7):

- rinorrea purulenta unilateral
- obstrucción nasal

Criterios menores:

- dolor de dientes o sensación de pesadez facial sobretodo unilateral

- hiposmia o anosmia

También tos y cefalea.

Debe de haber dos criterios por lo menos uno mayor (1).

Es importante evaluar en el paciente la evolución clínica para diferenciar si es viral o bacteriana porque de ello dependerá el tratamiento, sintomático o antibiótico (7)

Estas son manifestaciones clínicas que indican etiología bacteriana:

- Persistencia del dolor o aumento del dolor después de 48 horas de tratamiento sintomático
- La algia es típicamente unilateral y con exacerbación si se flexiona la cabeza, suele ser pulsátil y aumenta en horas de la tarde y noche.
- La secreción nasal aumenta y se convierte en purulenta y unilateral.
- Agravamiento de los síntomas entre el 5º y el 10º día, o persistencia después del día 10 (3) (7)

También hay que evaluar cacosmia, dolor dental, cuidados de los dientes y extracciones dentales recientes, en la exploración física habrá que percutir los dientes y valorar la presencia de pus, pues es característico de la rinosinusitis aguda de origen dental, además no suelen estar precedidas de rinofaringitis. En estos casos se tiene que derivar al odontólogo para evaluación y para que realice tomografía de senos paranasales.

III. INDICACIONES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El diagnóstico es clínico los exámenes complementarios se utilizan para diferenciar de las complicaciones y de tumores (2) (3).

Estudios de imagen (7).

Se solicitará Tomografía de senos nasosinuales en:

Rinosinusitis complicada o grave

Rinosinusitis recidivante o de origen dental

En pacientes inmunocomprometidos

Y antes de intervenciones quirúrgicas.

Pruebas de laboratorio.

No son necesarias en rinosinusitis simple, sin embargo, se puede solicitar proteína C reactiva (PCR) para determinar sospecha de sobreinfección bacteriana, la cual se elevará.

Pruebas bacteriológicas.

Se sugiere solicitar en casos de emergencia sólo a pacientes inmunocomprometidos

o en formas severas desde el inicio para determinar tratamiento preciso, pueden aparecer formas fúngicas (7).

IV. COMPLICACIONES

Estas pueden ser:

- Las extensiones intraorbitarias .-que se manifiestan por celulitis periorbitaria, luego orbitaria con edema palpebral, dolor, quemosis y a veces exoftalmos, que puede progresar sin tratamiento a abscesos subperiósticos con disminución de la agudeza visual.
- Las extensiones intracraneales.- que se manifiestan por absceso o empiema que se produce por vía directa o por osteomielitis, estos pacientes desarrollan signos y síntomas característicos de un síndrome meníngeo o de hipertensión endocraneal.

V. TRATAMIENTO

La mayoría de rinosinusitis agudas curan espontáneamente en 15 días, por eso el tratamiento de primera elección es sintomático (5)

Su objetivo tiende a mejorar el drenaje y controlar la infección en caso de existir.

Los antibióticos sólo se administran en formas complicadas o con sospecha bacteriana.⁽⁵⁾

Tratamiento sintomático(7):

- Tomar abundantes líquidos, reposo relativo y buena higiene de manos ⁽³⁾
- Lavado diario de nariz con suero iso (mejor tolerado) o hipertónico
- Sonarse la nariz.
- Analgésicos: principalmente paracetamol.
- Antiinflamatorios corticoesteroides:
 - corticoides por vía oral inicial por menos de 7 días en formas hiperálgicas.
 - Corticoides por vía nasal: mometasona, budesonida, fluticasona, son útiles, se puede administrar en monoterapia sin antibiótico dependiendo del caso.
- Antihistamínicos: útil en pacientes con rinitis crónica alérgica.

Tratamiento antibiótico (7):

Los antibióticos sólo se utilizan en condiciones de rinosinusitis bacteriana o complicada, así como en la rinosinusitis maxilar aguda, en tales casos se puede emplear como primera línea Amoxicilina 2-3 g cada dos o tres tomas durante 7 a 14 días.

En fracaso con amoxicilina se puede emplear:

- Amoxicilina – ácido clavulánico
- Cefalosporinas de segunda y tercera generación si el paciente tiene alergia a la penicilina sin alergia a cefalosporinas: cefotiam o cefpodoxima o cefuroxima-axetilo por 5 días.
- Pristinamicina o telitromicina en pacientes con alergia a penicilina y cefalosporinas, 4 días para la primera y 5 días para la segunda, ésta con riesgo de efectos secundarios.
- Levofloxacino o moxifloxacino: reservar para situaciones graves como sinusitis frontal, esfenoidal, etmoidal, pansinusitis o en fracasos de primera línea de antibiótico en la sinusitis maxilar.

La duración del tratamiento antibiótico recomendado está entre 7 y 14 días siendo 10 días la pauta más aconsejada (8). Pacientes con respuesta lenta requieren un tiempo de tratamiento más largo, recomendando hasta 7 días después de la remisión de los síntomas clínicos⁸. En las agudizaciones de la sinusitis crónica en niños o adultos, se utilizan los mismos antibióticos, pero el tratamiento se realiza durante 4 a 6 semanas (9).

La indicación quirúrgica (sinusotomía maxilar, etmoidectomía o sinusotomía esfenoidal), se indica cuando el tratamiento farmacológico no dio resultado en el estado sintomatológico del paciente, para corrección anatómica, mal drenaje de los senos paranasales, eliminar el material mucopurulento denso, restos epiteliales y mucosa hipertrófica (8). Existiendo datos que hasta el 20 % de pacientes llevados a cirugía puede requerir una cirugía revisional. Hay consenso en el beneficio de pólipos nasal a pesar de su recurrencia, en complicaciones orbitarias graves, en sinusitis crónica (desviación septal, soncha bullosa) (9) (10) Actualmente se realiza mediante cirugía endoscópica nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Jimenez C. Manejo integral de la sinusitis aguda desde el punto de vista etiológico, clínico y terapéutico en adolescentes y adultos. Tesis de médico. Machala: Universidad técnica de Machala.
2. Martinez Campos L, Albañil Ballesteros R, Flor Bru J, de la Piñeiro Perez R, Cervera J, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. , Pediatría Atención Primaria.
3. Gomez Gabaldon N, Manzanares Amaiz C, Noguero Canovas L, Juan Armas J. Manejo de la rinosinusitis en Atención Primaria.. SEMERGEN, Medicina de Familia.
4. Fica C A, DIAZ P JC. Enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes adultos con sospecha de sinusitis aguda. Chile:, Revista chilena de Infectología.
5. Marrugo Pardo G, Rodriguez Orjuela A. Guía para el diagnóstico y tratamiento de sinusitis en el adulto. Guías ACORL para el manejo de las patologías más frecuentes en otorrinolaringología..
6. Mendez Hernandez M, Gonzalo de Liria C. Sinusitis aguda. Celulitis periorbitaria. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP. , Infectología pediátrica.
7. Mahdyoun P, Riss JC, Castillo L. Rinitis y rinosinusitis agudas del adulto. , Otorrinolaringología.
8. Fokkens W, Lund V, Mullol J; on behalf of the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyp Group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. Rhinology 2012; Suppl 20: 1-136.
9. Marvin F. Sinusitis. Manual MSD. Junio 2020. Disponible en: ["https://www.msdmanuals.com > es-es > professional > si..."](https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/sinusitis)
[https://www.msdmanuals.com > es-es > professional > si...](https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/sinusitis)
10. Martinez L, Albañil R, de la Flor J, Piñeiro R, Cervera J, Baquero F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Pediatría Atención Primaria - Scielo. Sep. 2013; 15 no. 59. (Citado 08 de octubre de 2021). Disponible en: [HYPERLINK "http://scielo.isciii.es > scielo "](http://scielo.isciii.es/scielo)
[http://scielo.isciii.es > scielo](http://scielo.isciii.es/scielo)