

Rinosinusitis

Jesús M^a Pascual Pérez [jpascual.gapm10@salud.madrid.org]

Pediatra. Centro de Salud Pintores [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Parla, Madrid.

Fecha de actualización: 21/11/2007
Guía_ABE_Rinosinusitis (v.2/2007)

Cita sugerida: Pascual Pérez JM. Rinosinusitis (v.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 21/11/2007; consultado el *dd/mm/aaaa*]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

Introducción / puntos clave

La rinosinusitis se define como la inflamación de la mucosa de las fosas nasales y los senos paranasales. Las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana (80% de los casos), mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante.

El diagnóstico de la sinusitis aguda se basa en la historia clínica y la exploración. La cefalea y el dolor facial son síntomas menos frecuentes que en los adultos.

La diferenciación entre rinosinusitis vírica y sinusitis bacteriana está fundamentada en el criterio clínico de la duración de los síntomas, pero no en el aspecto del exudado nasal¹.

En general, el uso de la radiología simple no está indicado en el manejo de la sinusitis en Atención Primaria². El tratamiento antibiótico empírico, cuando está justificado, puede llevarse a cabo sin realizar ninguna prueba diagnóstica previa.

La remisión espontánea es tan alta (70%) que aunque el tratamiento con antibióticos parece superior a placebo, su significación clínica es dudosa. Las complicaciones son poco frecuentes y además no hay evidencia de que el tratamiento antibiótico inicial disminuya su frecuencia ni el paso a la cronicidad³.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: en la presente versión se destaca que la radiología simple de los senos paranasales no juega ningún papel en el diagnóstico de la sinusitis (en casos de fracaso terapéutico y empeoramiento clínico puede estar indicada la TC). En el terreno terapéutico, en los niños que van a ser tratados ambulatoriamente se propone individualizar las dosis de amoxicilina, pudiéndose usar dosis estándar en determinados casos. Por último, se reconoce que el suero salino y los corticoides intranasales pueden resultar beneficiosos junto con los analgésicos/antiinflamatorios.

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Sin criterios de duración ni gravedad	Rinovirus, adenovirus, virus influenza y parainfluenza	
Criterio de duración (rinorrea >10 días) o gravedad (fiebre ≥ 39 °C con tos diurna ≥ 3 días o cefalea intensa)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (30%) <i>Haemophilus influenzae</i> (20%) <i>Moraxella catharralis</i> (20%) Estéril (30%)	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Gérmes gram-negativos
Causa dental	Anaerobios	
Subaguda (4 a 12 semanas) o crónica (>12 semanas)	Factores no infecciosos ³	<i>Staphylococcus aureus</i> Anaerobios



Estudios complementarios	
Situación clínica	Estudios indicados en la evaluación inicial
Sin criterios de duración ni gravedad	No precisa
Criterio de duración o gravedad	No precisa
Duración de más de 3 semanas a pesar de tratamiento antibiótico adecuado (subaguda, crónica) o recurrente (3 o más episodios en un año, con intervalo libre de síntomas de 10 días)	Rx senos paranasales/TC ² Estudio alérgico (<i>prick test</i> , determinación de IgE específicas o derivación a alergología) ⁴ Derivación a ORL (para descartar alteraciones anatómicas) Investigar factores no infecciosos (fibrosis quística, reflujo gastroesofágico, irritantes ambientales, etc.)

Indicaciones de ingreso hospitalario
Afectación del estado general (aspecto séptico, cefalea facial intensa) Complicaciones: oculoorbitarias (salvo celulitis preseptal que, en determinados casos, puede tratarse inicialmente de forma ambulatoria), craneales y endocraneales Sospecha de tumor (síntomas unilaterales persistentes como epistaxis, obstrucción y rinorrea, siendo la deformidad facial un síntoma tardío) ⁵ Entorno familiar de riesgo que no garantice cuidados generales, cumplimiento terapéutico y vigilancia eficaz

Tratamiento antimicrobiano empírico (y otros tratamientos farmacológicos)		
Situación clínica	Tratamiento ambulatorio	Niños ingresados ⁶
Sin criterios de duración ni gravedad	Analgésicos	
Sólo criterio de duración o gravedad sin afectación importante del estado general	Amoxicilina VO, 10 días (o hasta 7 días después de la mejoría)	
Gravedad con afectación importante del estado general (cefalea intensa), fracaso terapéutico a las 48-72 horas o riesgo de resistencia a penicilina ⁷	Amoxicilina/clavulánico VO, 10 días	Amoxicilina/clavulánico IV ó Cefuroxima IV, 10 días Si foco dental: Amoxicilina/clavulánico IV

Tratamiento antimicrobiano. Dosis recomendadas
Amoxicilina VO: 40-50 mg/kg/día, en 3 dosis ⁸ Amoxicilina/clavulánico VO: 80-90 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis (en formulación con relación amoxicilina/clavulánico de 8/1). Amoxicilina/clavulánico IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis Cefuroxima IV: 100 mg/kg/día, en 3-4 dosis. Cefuroxima VO: 15-30 mg/Kg/día, en 2 dosis



Otras medidas terapéuticas

Como tratamiento sintomático analgésico y antipirético son efectivos el paracetamol y el ibuprofeno. Suelen ser necesarios pocos días

Los lavados nasales con suero salino son eficaces en el alivio sintomático de la rinosinusitis crónica, existiendo una cierta evidencia a favor de las soluciones hipertónicas

Los corticoides intranasales son beneficiosos en la sinusitis aguda no complicada, aunque los datos son limitados y los efectos observados son moderados

Los antihistamínicos no deben ser utilizados (dificultan el drenaje de las secreciones)

No hay pruebas que avalen el empleo de mucolíticos, ni antibióticos, ni corticoides supuestamente tópicos en forma de aerosol o nebulizador

Hay controversia sobre la eficacia de descongestionantes orales o tópicos: quizás pudieran mejorar (al menos inicialmente) el drenaje, pero nunca deben usarse durante más de una semana

Referencias bibliográficas

Fernández-Cuesta Valcarce MA, Pascual Pérez JM, De Hoyos López MC. Actualización del manejo de faringoamigdalitis, otitis y sinusitis en pediatría. Rev Pediatr Aten Primaria. 2002;14(6):45-59. [consultado el 21/11/2007]. Disponible en www.pap.es/num14/pdf/revisiones.pdf

Ioannidis JPA, Lau J. Technical report: evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic overview. Pediatrics. 2001;108:e57. [consultado el 21/11/2007]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/3/e57>

Martínez E, Martín AJ, de Mier M, y cols. Sinusitis. Fisterra, Guías Clínicas. 2004;4 (23). [actualizado el 07/06/2004; consultado el 21/11/2007]. Disponible en www.fisterra.com/guias2/PDF/Sinusitis.pdf

Morris P, Leach A. Antibióticos para el exudado nasal persistente (rinosinusitis) en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. [consultado el 22/09/2007]. Disponible en www.update-software.com/AbstractsES/ab001094-ES.htm

Otorrinolaringología Basada en la Evidencia. [Internet]. [consultado el 22/09/2007]. Disponible en www.orlevidencia.org

Pascual Perez JM, Callen Blecua M y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Sinusitis. El Pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-7) [acceso: 21/11/2007]. Disponible en www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

CKS Clinical topic – Sinusitis. Version 1.0.0.[Internet]. 2006. [consultado el 21/11/2007]. Disponible en www.cks.library.nhs.uk/sinusitis

Abreviaturas: **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **TC:** tomografía computerizada. **VO:** vía oral.



Notas aclaratorias:

¹ La presencia de rinorrea prolongada de más de 10 días (criterio de duración) permite predecir una infección bacteriana (90% en edades entre 2 y 6 años, y 70% en mayores de 6 años).

² Las pruebas de imagen deben reservarse a casos de fracaso terapéutico o empeoramiento de síntomas y no están recomendadas en menores de 6 años. La técnica de imagen de elección para la evaluación de la rinosinusitis en niños es la tomografía computerizada (TC).

³ El papel de la infección bacteriana como causa primaria de sinusitis crónica es controvertido, pudiendo ser consecuencia de factores no infecciosos (alérgicos, irritantes ambientales, fibrosis quística, alteraciones anatómicas, etc.).

⁴ El pediatra de Atención Primaria debe tener acceso directo a las pruebas de diagnóstico alergológico. A pesar de que hasta ahora la mayoría de los consensos recomiendan el *prick test* como primera línea, sus resultados dependen mucho de las características del paciente y del profesional sanitario que lo realiza.

⁵ En caso de rinorrea persistente unilateral siempre se descartará la presencia de un cuerpo extraño nasal.

⁶ En los niños con criterios de ingreso hospitalario está indicado el tratamiento antibiótico parenteral inicial. Una vez que se compruebe una evolución favorable, el niño se encuentre afebril y pueda tolerar medicación oral, los antimicrobianos parenterales deberán sustituirse por sus equivalentes orales.

⁷ Antibioterapia en los 30 días previos o edad menor de 2 años.

⁸ Si no se puede asegurar un correcto seguimiento se usará la amoxicilina a dosis altas (80-90 mg/kg/día) debido a la alta tasa de cepas de neumococo con sensibilidad disminuida a betalactámicos.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en 2008. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5