

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **46**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2003**

Artículo:

Manejo médico de la sinusitis

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Artículo original

Manejo médico de la sinusitis

Alejandro M Vargas Aguayo¹¹ Jefe del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.**Resumen**

La sinusitis es un padecimiento muy frecuente de las vías aéreas superiores y también frecuentemente mal manejado por el médico de primer contacto, debido a la mala comprensión de su patogénesis. En 1967 y 1978 el profesor Messerklinger descubrió el flujo mucociliar de los senos paranasales con lo que revolucionó el tratamiento médico de la sinusitis aguda y el quirúrgico de la sinusitis crónica, ambos encaminados a restablecer el drenaje y ventilación de los senos involucrados. El manejo médico es a base de antibióticos, descongestionantes y mucolíticos; hacemos énfasis en evitar los antihistamínicos.

Palabras clave: *Sinusitis, descongestionantes, mucolíticos, antihistamínicos.*

Summary

Sinusitis is a very frequent ailment of the upper airways, which is often badly managed by the primary care physician due to a poor understanding of its pathogenesis. In 1967 and 1978, Professor Messerklinger discovered the mucociliary flow of the paranasal sinuses, which revolutionized the medical treatment of acute sinusitis and the surgical procedure for chronic sinusitis, both aimed at reestablishing the drainage and ventilation of the sinuses involved. Therapeutic management is based on antibiotics, decongestants and mucolytes: antihistamines should be avoided.

Key words: *Sinusitis, decongestants, mucolytes, antihistamines.*

Manejo médico de la sinusitis

El tratar a un paciente con sinusitis requiere como cualquier otro padecimiento, de amplios conocimientos anatómicos y fisiológicos. Lo que se dice tradicionalmente que el niño no es un adulto pequeño, se confirma también con el tema de la sinusitis porque ésta se manifiesta de manera diferente en el niño y el adulto. Los senos paranasales son cuatro:

maxilares, etmoides, frontales y esfenoides, sin embargo al nacimiento sólo existen los maxilares y los etmoides; los maxilares alcanzan su tamaño adulto hasta la adolescencia,¹ los etmoides alcanzan neumatización significativa entre los 3 y 7 años pero alcanzan su forma adulta aproximadamente a los 13 años; es diferente el desarrollo del seno esfenoidal porque aunque está completo en la adolescencia, su neumatización final es muy variable. Finalmente el seno frontal comienza a crecer alrededor de los tres años de edad y también su neumatización es muy variable, adquiere importancia clínica sólo a partir de la adolescencia. Al estudiar los aspectos anatómicos de los senos paranasales, nos percatamos que están muy relacionados con estructuras orbitarias e intracraniales, y por tanto puede haber complicaciones hacia estas estructuras por la patología de que se trate (infección, tumor) o por la cirugía de los mismos.

Los conocimientos anatomo-fisiológicos de los senos paranasales aportados por el Profesor Messerklinger² en 1967 (drenaje del seno frontal normal) y después en 1978 (transporte mucociliar de los senos maxilares y etmoides), cambiaron la visión del tratamiento médico-quirúrgico de la sinusitis rinogénica. Descubrió que el transporte mucociliar de los senos maxilares y frontales esté determinado genéticamente hacia el infundíbulo etmoidal, por lo que el etmídeo anterior es el área clave en la patogénesis de la sinusitis rinogénica y a los senos maxilares y frontales se les llama senos dependientes³ el etmídeo posterior y el seno esfenoidal drenan hacia el receso esfenoido-etmoidal. Entendiendo lo anterior podemos deducir que el tratamiento de la sinusitis está enfocado a restablecer el drenaje y ventilación de los senos paranasales involucrados (ya sea tratamiento médico o quirúrgico dependiendo de cada caso individual).

El motivo de este trabajo es comunicar a la comunidad médica los conceptos actuales de la patogénesis de la sinusitis rinogénica (la odontogénica tiene otro tratamiento), su estudio y principalmente su manejo médico ya que hay conceptos erróneos particularmente con el uso de los antihistamínicos y con las dosis y tiempo de administración de los antibióticos.

En general un paciente adulto con sinusitis aguda, lleva de 7 a 20 días con infección de vías aéreas superiores, con secre-

ción nasal (rinorrea) amarilla-verdosa y fétida, obstrucción nasal y dolor facial; este dolor es de predominio matutino y aumenta al flexionar la cabeza hacia delante y abajo. Cuando la sinusitis es frontal la cefalea es por supuesto frontal pero con irradiación a la región temporal y/o parietal; en la sinusitis maxilar el dolor es en la región malar con irradiación a la región frontal y/o dento-maxilar; cuando la sinusitis es etmoidal el dolor se localiza entre o detrás de los ojos, con irradiación hacia la región temporal y se empeora con el esfuerzo visual; por último en la sinusitis esfenoidal el dolor es en la región occipital y frecuentemente el paciente lo refiere como retro-orbitario.⁴

Los síntomas más frecuentes de la sinusitis crónica son la congestión nasal u obstrucción nasal, descarga retronal (rinorrea posterior), tos y rara vez dolor o sensación de presión facial.

En los niños la sinusitis debe ser sospechada cuando hay tos persistente, rinorrea por más de 7 a 10 días, respiración fétida, "tics" faciales, otitis media recurrente o infecciones de vías aéreas recurrentes.

En el año 1995 se realizó la conferencia internacional sobre enfermedad sinusal con el fin de unificar criterios de terminología, estadificación y terapia.⁵ Los criterios para estandarizar la sinusitis crónica fueron los siguientes:

Adultos: 8 semanas de signos y síntomas persistentes ó 4 episodios por año de sinusitis aguda recurrente, cada uno con duración mínima de 10 días; en asociación con cambios persistentes en la tomografía computarizada 4 semanas después de tratamiento médico sin haber existido en este período infección aguda.

Niños: 12 semanas de signos y síntomas persistentes ó 6 episodios por año de sinusitis aguda recurrente, cada uno con duración mínima de 10 días; en asociación con cambios persistentes en la tomografía computarizada 4 semanas después de tratamiento médico sin haber existido en este período infección aguda.

El diagnóstico de la sinusitis aguda es básicamente clínico, no se requieren radiografías convencionales ni tomografía computarizada; esto lo confirma un estudio sobre los hallazgos en la tomografía computarizada en el resfriado común, se encontró que en un alto porcentaje de pacientes con esta patología viral había cambios sinusales (rinosinusitis viral).⁶ En la sinusitis crónica sí es básica la tomografía computarizada, es el estudio ideal pero como ya se mencionó en párrafos anteriores se debe realizar 4 semanas después del tratamiento médico.

El tratamiento médico en la sinusitis aguda y la aguda recurrente es a base de antibióticos y medicamentos que mejoran el drenaje y ventilación de los senos para lo cual se utilizan descongestivos orales y tópicos, y mucolíticos; los antihistamínicos están contraindicados (salvo raras excepciones) porque pueden dañar el drenaje de los senos paranasales al secar y estancar las secreciones. Es muy importante conocer este concepto ya que la mayoría de los medicamentos antígrípales que se venden en el mercado, contienen antihistamí-

nicos, y el resfriado común generalmente es el factor precipitante de la sinusitis aguda.

La antibioticoterapia para la sinusitis aguda y aguda recurrente generalmente es empírica, y está basada en el conocimiento de que los patógenos más comunes son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* en el 76%; anaerobios, otras especies de estreptococos, *Moraxella catarrhalis* y *Staphylococcus aureus*, entre el 3 y 7%. Es importante prescribir el antibiótico adecuado y la dosis y duración del mismo, para evitar en lo posible resistencias bacterianas. El tiempo ideal de un antibiótico para sinusitis aguda es de 10 a 14 días. La principal razón de fracaso del tratamiento de la sinusitis aguda es seleccionar un antibiótico inadecuado o tratar el problema como alérgico en vez de infeccioso, esto último sucede más en pacientes pediátricos.

Los descongestionantes tópicos en gotas o en spray sólo deben utilizarse durante 3 días porque después de ese tiempo pueden causar rinitis de rebote (rinitis medicamentosa); el más utilizado es la oximetazolina en spray, y se aplica 2 ó 3 veces al día con la cabeza erguida.

Los descongestionantes orales son agonistas de los receptores alfa-adrenérgicos y por tanto reducen el flujo sanguíneo nasal y ayudan a mantener permeable el ostium de drenaje de los senos paranasales; el más utilizado es la pseudoefedrina, la fenilpropanolamina ha sido descontinuada por efectos adversos severos. Hay que tomar en cuenta sus efectos adversos ya que puede provocar retención urinaria en pacientes con prostatismo, en otros pacientes puede provocar insomnio; en pacientes hipertensos se debe tener más cuidado en la dosificación ya que potencialmente pueden elevar la presión arterial. En general se aconseja utilizar la pseudoefedrina después de haber suspendido la oximetazolina.

Los mucolíticos ayudan a adelgazar las secreciones y por tanto también ayudan al drenaje de los senos paranasales; los más utilizados son el ambroxol, la acetil cisteína y la guaifenesina.

En general se ha establecido que los corticosteroides tópicos y sistémicos no están indicados en el tratamiento de la sinusitis aguda.

Otras medidas terapéuticas para la sinusitis aguda son la ingestión de abundantes líquidos y las lubricaciones nasales con solución salina; se debe evitar el tabaquismo activo y pasivo.⁷

Conclusiones

El manejo médico de la sinusitis es a base de antibióticos durante 10 a 14 días, descongestionantes tópicos y orales, y mucolíticos; se deberán evitar los antihistamínicos a excepción de casos especiales en pacientes atópicos en quienes se ha excluido la infección como causa primaria.

La mayoría de los pacientes con sinusitis aguda, si son adecuadamente tratados, no es necesaria su referencia al especialista otorrinolaringólogo. Se le debe consultar cuando

hay fracaso al tratamiento o cuando es recurrente. Por último es importante recordar que también existe la sinusitis micótica no invasiva (incluye la sinusitis micótica alérgica) y la invasiva. La sinusitis crónica rinogénica generalmente se trata por medio de cirugía endoscópica transnasal y es funcional porque tiene como objetivo reestablecer el drenaje y la ventilación de los senos paranasales.

Referencias

1. Stamm A, Draf W. Micro-endoscopic surgery of the paranasal sinuses and the skull base. Heidelberg. Springer, 2000.
2. Messerklinger W. On the drainage of the normal frontal sinus of man. *Acta Otolaryngol* 1967; 63: 176-181.
3. Becker S. Applied anatomy of the paranasal sinuses with emphasis on endoscopic surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1994; 103: 3-32.
4. Kennedy D, Gwaltney J, Jones J. Medical management of sinusitis: Educational goals and management guidelines. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1995; 104: 22-30.
5. Lund V, Kennedy D. Quantification for staging sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1995; 104: 17-21.
6. Gwaltney J, Phillips D, Miller D, Riker D. Computed tomographic study of the common cold. *N Engl J Med* 1994; 330: 25-30.
7. Benninger M. The impact of cigarette smoking and environmental tobacco smoke on nasal and sinus disease: A review of the literature. *Am J Rhinol* 1999; 13: 435-438.

