

Generalidades

*Dudas más frecuentes en Otorrino Pediatría.
Un Verdadero “Paseo” por la Especialidad*

Tania Sih

1)Pregunta: Dra. Tânia, cual es la divisoria de aguas entre la Otorrino y la Pediatría?

Dra. Tânia: La divisoria de aguas es:

1) desde el punto de vista conceptual la formación, hasta donde el entrenamiento específico del especialista alcanzó, 2) desde el punto de vista práctico, por ejemplo la iluminación más simple que el pediatra tiene. Utilizando el ejemplo de iluminación, la iluminación muy precaria no consigue dar una buena visualización para un diagnóstico más correcto. Justamente a partir de esto y del uso de la fibra óptica, la iluminación adecuada con el uso de foco frontal (o fotóforo) nos permite visualizar más profundamente, dentro de la cavidad nasal, dentro de la propia orofaringe. Con relación al examen de oídos y la manipulación del mismo, con el uso de una iluminación adecuada, el Otorrino puede limpiar el conducto auditivo externo, removiendo cerúmen para permitir una visualización más adecuada de la membrana del tímpano.

Utilizando la remoción de cerúmen del oído externo es un buen ejemplo: este procedimiento debe ser hecho solamente por el Otorrino, ya que es él que tiene un entrenamiento específico y adecuado de como conducirse en dicha situación, él dispone de luz, pinzas, habilidad, etc.

Yo creo que la divisoria es fundamentalmente la formación del médico, (entrenamiento especializado) y desde el punto de vista práctico, por ejemplo, la visualización. Refuerzo por lo tanto que la visualización permitida por la iluminación adecuada, por los instrumentos específicos, además de la habilidad del especialista, en el caso del Otorrino, permite hacer que él mismo pueda conducir al diagnóstico y abordaje con mayor precisión.

2)Pregunta: Cuales son las principales causas de patologías de oído; mejor dicho de oreja de acuerdo con la nueva clasificación anatómica?

Dra. Tânia: Con relación a las orejas, en la edad pediátrica tenemos las otitis externas que son infecciones prevalentes en la época del verano conocidas como otitis del nadador u otitis de las piscinas.

Ellas ocurren cuando el microambiente del canal auditivo está propicio, demasiado alcalino. Lo correcto es que nuestro conducto auditivo externo esté más acidificado. Cuanto más ácido es el conducto auditivo externo, menos bacterias patógenas se instalarán para provocar infección, edema y exudado en dicha región característica de otitis externa. Por lo tanto la otitis externa es una dolencia donde un pH inadecuado condiciona la instauración de micro organismos inadecuados.

Existe un error popular, en el cual la administración de un cierto tipo de gotas auxiliarían en el tratamiento de la otitis externa. Debemos prestar atención en este detalle; en el tratamiento, las gotas más acidificadas, preparaciones específicas

para el oído (gotas óticas), con un pH más ácido podrían, de forma más adecuada, tratar niños con infecciones o cuadros alérgicos del oído externo.

Con relación a las otitis medias (en general) como las sinusitis, son dolencias comunes de complicaciones de resfriados o secreciones acumuladas a partir de una infección de vías aéreas superiores (IVAS) con acumulación de secreción nasal. Podremos tener complicaciones de resfriados que, a través del conducto auditivo favorecen la presencia de colección de líquido detrás de la membrana del tímpano. Apareciendo los síntomas, con mayor o menor intensidad, tienen que ser tratados, en virtud de potenciales meningitis o mastoiditis. Personalmente creo que es un gran error estar frente a un niño con otitis media aguda (OMA) y no medicarlo con antibióticos, intentando seguir el modelo holandés (donde para una OMA no se suministra antibiótico de inicio). No debemos olvidar que en Holanda existe un sistema de salud muy bueno y los niños son monitorizados desde su vida intrauterina hasta los 12 años de edad. Un niño presenta un inconveniente de salud a la mañana y ya por la tarde está en el pediatra. La madre tiene el transporte público pago. El ausentismo en el trabajo es compensado ya que el salario sigue siendo pago de la misma forma, y la madre recibe orientaciones que son específicas para dicho país y que nosotros no podemos adaptar como modelo para otros países en desarrollo como el nuestro. Holanda es como se fuera una isla. El resto de los países que circundan esa isla es un océano. Nosotros pertenecemos a este océano. Por lo tanto cuando tenemos un niño con OMA tenemos que dar un antibiótico para ese niño. Aún más que no existe certeza que ese niño pueda retornar a la consulta de seguimiento. Como es la situación de la madre en cuanto a los recursos financieros y de trabajo, para retornar al consultorio médico? Ella podrá dejar de trabajar ese día? Por eso y otras cosas, los niños con diagnóstico de OMA, fuera de Holanda, terminan necesitando de una medicación, antibiótica por un plazo que generalmente es alrededor de 10 días.

3) Pregunta: La gente como los pediatras perciben como una dificultad grande la determinación de si ese llanto de los niños menores de 1 año es debido a otalgia. Tiene algún secreto para esto? Para descubrir, para identificar, si aquel llanto del niño (a veces la única manifestación) es una otitis? O es otra cosa?

Dra. Tânia: Primero existe un “truco” muy simple para orientarnos, que está relacionado con la ingesta de alimentos. Si el niño acepta bien los sólidos y no quiere tomar líquidos probablemente, es el oído el que está afectado. Si contrariamente el niño no acepta sólidos y sí los líquidos es porque la garganta (orofaringe) está comprometida. Claro que hay situaciones donde el niño disminuye la ingesta total tanto de líquidos como de sólidos, ahí es probable que la afectación es del cuello para arriba (orofaringe, oídos).

Segundo, con relación a los agentes etiológicos en cada franja etaria. Otitis medias en niños pequeños durante un cuadro de IVAS tienen gran chance que, abajo de los 3 meses de edad, esta otitis sea viral y no bacteriana. Yo sé que es difícil hacer un diagnóstico de una otitis viral, pero existe una patología que se caracteriza por otalgia importante que es la miringitis bullosa.

Cuando nosotros los médicos estamos durmiendo por la noche y suena el teléfono y una madre angustiada dice “Mi hijo está llorando, con dolor de oídos, y no se que hacer” probablemente este niño esté con una bulla (ampolla) en el tímpano secundaria a un cuadro respiratorio, debemos siempre preguntar “Su hijo no

estuvo resfriado estos últimos días, presentando algo de tos o febrícula?” “Estaba” responde la madre; entonces probablemente está con una complicación viral que provocó esa bulla que es extremadamente dolorosa. La mejor manera que la mamá pueda aliviar el dolor de oídos en esta situación es con un analgésico oral y calor local.

Después la madre deberá traer a su hijo para examinar si presenta una bulla o no. En la consulta, más tarde, con la otoscopia hacemos el diagnóstico diferencial entre un cuadro viral (miringitis bullosa) o bacteriana (OMA).

Incluso, un error de los médicos es recomendar gotas a base de anestésicos tópicos con xilocaína o lidocaína para anestesiar la bulla, o el canal auditivo externo ya que su uso prolongado de este tipo de fármaco con vehículo oleoso podría condicionar la aparición de otomicosis. Por lo tanto no usen farmacos en forma de gotas para tratar el dolor de oídos. El dolor de oídos en caso de una miringitis bullosa, en una otitis media viral, se trata con un analgésico vía oral y calor local. Siendo una OMA con un abombamiento purulento de la membrana timpánica usted sumará un antibiótico. El antibiótico para infección bacteriana de oído medio debe ser usado por 10 días.

4) Pregunta: Muchas veces se relaciona la patología de oídos con alergia alimentaria. Cual es su experiencia y su opinión al respecto?

Dra. Tânia: Yo no soy de aquellos que creen que la alergia alimentaria o la alergia a la leche de vaca favorecen la presencia de otitis recurrente. “Su hijo es alérgico a la leche de vaca, está teniendo muchas otitis, entonces vamos a suspender la leche de vaca”. Personalmente en 30 años de profesión, puedo decir que cuento con los dedos de las manos, los niños que se caracterizan por un cuadro de alergia a la leche de vaca y otitis recurrente (como causa-efecto). Es muchas veces grande la presión hacia el pediatra que termina en la prescripción de dietas de exclusión como prueba terapéutica. Yo de rutina, salvo excepciones, no mando a realizar IgE específica o RAST para la leche, porque es un examen muy costoso. Muchas veces está lejos del poder adquisitivo de la familia. Entonces hablo en un tono coloquial con las madres “Mamá, su hijo está teniendo un montón de otitis, converse con su pediatra, encuentro interesante su opinión y vamos a hacer una prueba de tres meses (no más) de suspensión de leche de vaca, yogures, manteca, etc. Sustituya la leche de vaca por leche de soja”. Tampoco se usará leche de cabra que teóricamente tiene menos inmunogenicidad, pues presenta proteínas animales. Por lo que se sustituyen todas las proteínas animales contenidas en la leche y derivados, por la proteína vegetal y si a pesar de estas sustituciones el niño continúa con las otitis es porque realmente no era por ahí la explicación. No era la alergia alimentaria la condición de las otitis recurrentes. Serían otras las variantes involucradas en la historia. Personalmente, considero que debemos tener un poco de criterio y de cuidado al rotular a un niño como alérgico a la leche de vaca. Encontré en la práctica muy pocos niños que tuvieron corroboración con este tipo de cuadros.

5) Pregunta: Con relación a las tonsilitis. A partir de que edades los niños comienzan a presentar tonsilitis bacterianas? Hasta que edad podemos rotular teóricamente que es una tonsilitis viral?

Dra. Tânia: La etiología de la mayoría de las tonsilitis (por la nueva clasificación anatómica no se dice más amígdalas, ni amigdalitis, ni amigdalectomía – pero tonsila, tonsilitis, tonsilectomía) en la franja pediátrica varía de acuerdo con la franja etaria. La gran incidencia de las amigdalitis virales está por debajo de los 2 años de edad. Entre los 2 a 10 años de edad la tonsilitis bacteriana llegaría como ocurre en algunos centros ya analizados en Brasil, hasta el 25% de los casos causados por el estreptococo beta-hemolítico (más conocido actualmente y internacionalmente como *Streptococcus pyogenes* del Grupo A - GAS, también causante de la fiebre reumática). Ese ocurre en 25% de las tonsilitis agudas bacterianas y necesita de Penicilina Benzatínica (1 dosis) o derivados (amoxicilina, por 8-10 días) en la franja de los 2 a 10 años de edad. Por encima de los 10 años de edad, cuando ocurre una tonsilitis de etiología bacteriana es probablemente causada, además del GAS, generalmente por “*Mycoplasma like infection*”, que son infecciones causadas por *Mycoplasma pneumoniae*, que a veces son responsables de aquellos cuadros no muy específicos, de tos crónica. Es un niño que comenzó con dolor de garganta, tos y que permanece con este cuadro. En este caso de tonsilitis específica por *Mycoplasma*, en niños por encima de 10 años de edad, usted podría pensar en un antibiótico del género de macrólidos (por 10-14 días).

6) Pregunta: Como se visualiza las diferencias entre una tonsilitis viral y una bacteriana? Qué es lo que se mira directamente o que puede ser visto? Cuáles son las diferencias?

Dra. Tânia: Escuche bien una cosa. Sólo Dios consigue ver este diagnóstico. Nosotros no lo conseguimos. No tiene otra manera para saber si es viral o bacteriana que la realización de un cultivo de tonsilas (cuyo resultado tarda por lo menos 48 horas).

También podemos comprobar la posibilidad o no de GAS, através del Test Rápido inmunogénico, que es hecho en consultorios con un kit para *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) del Grupo A. Existe comercialmente un kit laboratorial (el *Quick Strep A Test*, comercializado por Quidel Corp. – www.quidel.com), donde usted colecta la muestra através del exudado de las tonsilas o donde se encuentre el exudado fibrinoso. Se mistura con un antígeno específico para el GAS y en fracción de segundos se obtiene el resultado – se aglutina o no. Si se aglutina es positivo para GAS. Este *Quick Strep A Test* tiene un alto grado de sensibilidad y de confiabilidad y se puede hacer a nivel del consultorio/ambulatorio. Por otro lado hay que recordar que el examen visual en la región afectada, el aspecto macroscópico (a ojo del examinador), podrá ser el mismo para una tonsilitis viral o bacteriana. Muchas veces se superponen las virales con las bacterianas. Se puede en lo macroscópico “pensar” que una tonsilitis bacteriana esta siendo causada por el GAS, cuando existe un infartamiento ganglionar cervical, doloroso, junto con un exudado purulento o fibrinoso, cubriendo las criptas tonsilares, fiebre ($\geq 38.5^{\circ}$ C); el niño comienza muchas veces con epigastralgia, disminución del apetito para sólidos (acepta bien los líquidos). Cuando existe una infección como esa acompañada de hiperemia o irritación de la conjuntiva ocular, cuando el niño tiene historia de coriza acuosa, tos, cuando presenta pródromos que caracterizan más a un tipo de infección viral, este niño presentaría una infección faringo-conjuntival-viral, y no bacteriana, que requiera un antibiótico. Pero realmente, no existe macroscópicamente chance, o seguridad para diferenciar entre tonsilitis

viral y bacteriana.

Otra situación que también confunde un poco, es diferenciar la tonsilitis causada por la mononucleosis infecciosa. Recientemente en un interesante artículo se comenta que los mayores índices de errores médicos en el diagnóstico de tonsilitis aguda, son los casos principalmente del inicio de una mononucleosis infecciosa, donde nosotros mismos dejamos de hacer el diagnóstico, pensando que era una tonsilitis bacteriana. Esto es por que el cuadro clínico de signos y síntomas es tan exuberante. El niño todavía no presentó infartamento ganglionar del cuello (proconsular) característico y aún tampoco presenta hepatomegalia o esplenomegalia. Creemos en este tipo de situaciones estar ante un cuadro bacteriano, lógicamente el niño no responde al tratamiento antimicrobiano. Esto es frecuente de ver, por lo que las manifestaciones clínicas muchas veces son limítrofes lo que no favorece a realizar el diagnóstico de forma adecuada. Incluso la seropositividad específica, definitiva, para este agente causal puede tardar dos a tres semanas. Como se ve estos son los cuadros en los que erramos con mayor frecuencia y muchas veces erramos feo. Quedando el niño sin responder al tratamiento antimicrobiano y es ahí donde pensamos –“ Ah, era mononucleosis infecciosa!”.

7) Pregunta: Hay una edad específica donde incide más la mononucleosis?

Dra. Tânia: En general la franja etaria es la adolescencia o preadolescencia, por encima de los 10 años de edad.

8) Pregunta: En relación a las faringitis, cuál es la incidencia viral y cuál la bacteriana? A partir de que edad aparece más?

Dra. Tânia: Yo siempre digo: “ El Otorrino tiene 3 (tres) piedras en el zapato o sea 3 (tres) huesos atravesados en la garganta que tiene dificultades de controlar”: 1 – es la faringitis crónica , 2 – la rinitis alérgica 3 – los acúfenos del adulto. Son tres patologías, que los médicos vemos en congresos, leemos en trabajos científicos, asistimos a simposios y para las cuales no tenemos todavía un tratamiento específico para su resolución completa.

Con relación a la faringitis aguda, la respuesta es la misma que para la tonsilitis aguda. Hay que acordarse que no existe una tonsilitis aguda que no sea una faringo/tonsilitis aguda, ya que el tejido faríngeo está contiguo y tiene los mismos ganglios linfáticos que componen el Anillo de Waldeyer. Por lo tanto es muy difícil que un niño presente sólo tonsilitis. En general está con una faringo/tonsilitis asociada. En los casos de pacientes ya mayores, sin las adenoides o con las mismas atrofiadas, y el niño (ya mayor) presenta siempre la garganta irritada, la faringe con hiperemia importante, se puede pensar que ese niño tiene un trastorno local que mantiene dicho cuadro. Es en estas situaciones donde el pH de la faringe es importante. Porque las bacterias patógenas se multiplican, cuando el pH está muy ácido en dicha región. Este es el concepto de interferencia bacteriana. Quien sufre de faringitis crónica debería ser aconsejado de tener la garganta más alcalina, menos ácida (evitar jugos ácidos o cítricos). Recomendamos colutorios en medio vaso de agua: ½ cuchara de té con bicarbonato de sodio y una pizca generosa de sal de cocina. Hacer gárgaras, 3 veces al día. Incluso la pasta dental a usar tiene que ser con menos mentol ya que acidifica bastante esta región. Recientemente fue lanzado en Brasil un dentífrico con bicarbonato de sodio.

Tengo buenos resultados con el empleo de gomas de mascar (1 hora por la mañana y 1 hora por la tarde) con el Xylitol 2 g que en la actualidad recomiendase para evitar o prevenir la adherencia bacteriana del *Streptococcus mutans* (la bacteria etiológica de las caries dentarias). Como, en mi opinión, las aftas tienen un componente microbiano, la terapia antiadhesión del Xylitol (además de actuar para la prevención de las caries dentarias), estaría también siendo efectiva para los microorganismos posiblemente involucrados en las aftas. De esta presentación de Xylitol (línea “*Biotene*”, comercializado por Laclede americana – www.laclede.com) hay líquido para hacer gárgaras, crema dental, goma de mascar y un gel (este para reducir el tiempo de evolución de las aftas agudas). También recomiendo el mismo Xylitol para los pacientes con aftas recurrentes. Llamo a esto promocionar la calidad de vida de mis pacientes, no sólo medicar, sino orientar, “prevenir”.

Otra situación que tenemos que pensar en las faringitis crónicas y que olvidamos con frecuencia, y es un factor importante, (donde los síntomas no son solamente de dolor, sino que pueden ser acompañados de tos, regurgitaciones) son los casos de reflujo gastro esofágico (RGE). En casos de faringitis crónica tenemos siempre que recordar la posibilidad del reflujo. En estos casos, en general (claro que para toda regla existen excepciones) no pido pHmetría (Test-oro para el diagnóstico de RGE), debido a que es un test muy caro, difícil y trabajoso de ser realizado. Ante la sospecha, acabo haciendo un test terapéutico, con cambio de posición de la cabecera de la cama del niño, oriento a la madre para elevar la cabecera de la cama unos 30 grados en relación al plano horizontal, y recomiendo también que nunca dejen a los niños acostarse, sin por lo menos 2 hs de intervalo, después de la última ingesta alimentaria (fraccionamiento de la dieta). A su vez, dejar con una posición más supina, en decúbito ventral o lateral para favorecer el vaciamiento gástrico. Por lo tanto hago este test postural para reflujo, con orientaciones relativas a la postura. En general intento no suministrar drogas específicas para RGE (como la cimetidina) ya que pueden presentar, en algunos casos, algún efecto colateral. Prefiero, primeiramente, actuar en el sentido de orientación en la postura con relación al reflujo.

9) Pregunta: Cómo maneja a los niños que tienen diagnóstico de fiebre reumática?

Dra. Tânia: Al niño que tiene diagnóstico de fiebre reumática, yo siempre lo abordo en conjunto con el pediatra. Orientamos que el niño tendrá que recibir penicilina benzatínica cada 21 días. Si presenta una orofaringe que de vez en cuando está predispuesta a una tonsilitis recurrente, propongo realizar una tonsilectomía. Por lo tanto encuentro muy importante este binomio Pediatra-Otorrino bien integrado. Existen cepas de *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) del Grupo A (GAS) que son más orientadas para la orofaringe con potenciales secuelas para la piel, fiebre reumática o glomerulonefritis, haciendo carditis reumática o glomerulonefritis. Es difícil saber de una forma más simple, a veces sólo por estudios microbiológicos específicos, cuáles de las cepas son las que pueden afectar la parte cutánea, o la parte cardíaca / reumática o la región renal. Pero de cualquier manera encuentro que la profilaxis con Penicilina Benzatínica se impone.

10) Pregunta: Por que las adenoides aumentan de volumen y producen obstrucción?

Dra. Tânia: Las adenoides pueden aumentar de volúmen por un motivo principal: adenoiditis recurrente, que es el mismo cuadro que una tonsilitis recurrente. El niño que tiene tonsilitis recurrente no tiene tonsilitis aisladamente, o mejor dicho, presenta faringo/tonsilitis recurrente. El tiene una adenoiditis recurrente también. Siendo estos estímulos de infecciones recurrentes, los que no dejan mucha oportunidad de tener una recuperación en el tamaño de las mismas, es la razón porque comienza a aumentar de tamaño el órgano linfoide, en función a las recurrencias de las adenoiditis. Cuando las adenoides crecen mucho y queda repleta de secreción crónica favorece la presencia de secreción en el resto de las vías respiratorias. Un niño que tiene adenoiditis muchas veces presenta un diagnóstico superpuesto (un over lap) con una sinusitis, porque el niño termina tosiendo mucho por la noche. Tiene respiración bucal, en general no presenta fiebre que acompaña a la sinusitis aguda. No presenta importante secreción por la nariz anterior (rinorrea anterior). Pero comienza con goteo posterior (retronasal). También el niño presenta esa hipotonía característica del relajamiento muscular de los músculos bucinadores y de la musculatura peri-oral, provocado por la respiración bucal suplementaria. El niño respira sólo por la boca, a su vez puede presentar asociada otitis, sinusitis recurrente, asma/bronquitis. Al final se acaba teniendo que indicar adenoidectomía en función a la postura respiratoria, en función de las adenoiditis recurrentes y en función de ese goteo hacia la vía respiratoria baja. Siempre digo, que los órganos que están arriba tienen que proteger a los órganos de abajo. Las vías aéreas superiores son importantes para filtrar y humidificar el aire inspirado, son importantes en la homeostasis inmunológica, formando una barrera, la primer línea de defensa contra las infecciones virales/bacterianas. Son los soldados que deberían proteger nuestra casa.

11) Pregunta: Hay una edad mínima para realizar una adenoidectomía o depende del cuadro clínico en cada caso?

Dra. Tânia: En general se dice que no existe una franja etaria. Yo realicé una adenoidectomía en un niño de 7 meses, con otitis recurrente, y solo 5 kilos, que ya había recibido todos los antibióticos fabricados en el mercado brasileño y no evolucionó bien. Después de la cirugía, con la colocación de tubos de ventilación además de la adenoidectomía, el niño mejoró y recuperó su crecimiento. Pero ese es un punto extremo en la curva de Gauss. A un gran grupo de niños con adenoiditis se le indica intervención quirúrgica a partir de los 2 años de edad. Sabemos que cuanto menor es el niño mayor es la chance de recidiva, incluso después de una adenoidectomía muy bien realizada. Por lo tanto, siempre prefiero no realizar dicha cirugía antes de los 2 años de edad y evitar tener que operar nuevamente por recidiva de adenoides. Esa recidiva puede ocurrir igual cuando la adenoidectomía fue realizada por manos expertas ya que puede recidivar (no es frecuente, pero recidiva) y recidiva más cuando más precoz fue realizada la cirugía. Otro punto a recordar es no perder mucho tiempo y provocar alteraciones bucales, de paladar, o respiratorias provocadas por la respiración bucal. Estas alteraciones palato/dentarias pueden ser de difícil reversión. En estos casos entra lo multidisciplinario (fonoterapeuta y ortodoncista). Por lo que en estos casos le comento a la madre que “vamos a observar un poco a su hijo que ya pasó los dos años de edad, de aquí en adelante vamos a ver como queda la respiración, si ronca, si babea, si presenta apnea nocturna, infecciones recurrentes como otitis/ sinusitis,

goteo retranasal constante, hacia el árbol respiratorio”. Entonces cuando no se puede controlar más esta situación, indico la cirugía.

12) Pregunta: Ahora quiero entrar en un asunto tal vez polémico. Si tenemos una curva de Gauss, una gran mayoría de los niños no presenta casi infección. Algunos tienen algunas infecciones. Y entre unos 2% a 5% presentan infecciones del tipo recurrente de la vía respiratoria superior. No considera usted que estos niños deberían ser separados de los otros para realizar una investigación y ver si los mismos no tienen algún “defecto de fabricación” tipo alergia alimentaria, alergia ambiental, reflujo gastro-esofágico o deficiencia inmunológica y no tener que dar continuamente antibióticos/ Este grupo de niños debería ser separado para investigar?

Dra. Tânia: Sin duda alguna. Es justamente lo que que comentamos. La gran mayoría de los niños responde bien al abordaje medicamentoso. Usted insiste en higiene ambiental, orientar en la importancia de la promoción de una buena higiene nasal, alimentación adecuada y que los niños crezcan adecuadamente. Ahora bien en las extremidades de la curva de Gauss, cuando usted ve niños portadores del virus HIV o con alteraciones inmunológicas o con discinesia ciliar o con fibrosis quística, niños con atopia importante, en fin niños que forman parte de un grupo que indica recurrencia de enfermedades respiratorias, esos niños tienen obligatoriamente que tener un seguimiento infectológico para valorar la posibilidad de resistencia de algún microorganismo, de seguimiento por un inmunólogo, por un neumólogo. Son niños que deben ser abordados en forma multidisciplinaria, donde el seguimiento desde otras especialidades tiende a establecer con precisión el diagnóstico, lo que básicamente condiciona a estos niños a que se comporten de una manera diferente a la mayoría. Conuerdo contigo.

13) Pregunta: La sinusitis es una enfermedad muy controvertida, en los congresos los médicos vemos cambios en el enfoque de la misma con relación al uso de la radiología (RX) que se pide RX, que luego no se pide más RX. Sinusitis y RX que es real y que es fantasía?

Dra. Tânia: RX simples, hoy en día, no son necesarios para hacer diagnóstico de sinusitis. Incluso nosotros realizamos un trabajo, una separata hablando de Epidemia Radiológica de Sinusitis. Existe un sobrediagnóstico de sinusitis. Por ejemplo cuando el niño está llorando, las cavidades paranasales pueden encharcarse de líquido y simular una sinusitis. En general cuando se realiza un radiografía a un niño acaba llorando por lo que uno puede pensar: “Está llorando o es sinusitis?”. Por lo tanto mi opinión es contraria a la realización de RX simples. El diagnóstico de sinusitis es clínico y no radiológico. Con relación a pedidos de diagnósticos a través de radio imágenes para sinusitis, en general sólo pido tomografía computarizada (CT scan) en dos situaciones específicas: complicación de una sinusitis y recurrencia de la misma (sinusitis crónica). En el primer caso, sospecha de complicación de sinusitis, donde el niño presenta, por ejemplo una celulitis periorbitaria. Sinusitis en la infancia es sinónimo de sinusitis de cavidad paranasal maxilar y etmoidal anterior, difícilmente usted tendrá un niño con una sinusitis etmoidal posterior o esfenoidal, mucho menos frontal. Pídesse un CT scan para

verificar la extensión de dicha complicación. La segunda indicación de CT scan en casos de sinusitis es en el caso de una recurrencia, de cronicidad de una sinusitis, donde a pesar del óptimo tratamiento, del óptimo abordaje medicamentoso y farmacológico, el niño continúa presentando sinusitis recurrente. Usted desconfía o sospecha que ese niño debe presentar una alteración anatómica a nivel del complejo ostiomeatal (COM) que es una región con un orificio de drenaje de las cavidades paranasales para la fosa nasal que el Otorrino puede valorar bien con una nasofibroscofia. Este COM puede estar más estrecho, más estenosado, más edematizado o con dificultades de drenaje de secreciones que quedan retenidas en la cavidad paranasal, formando un verdadero empiema. Entonces en el CT scan puede aparecer una alteración anatómica predisponente a sinusitis crónica, como una concha bullosa, una célula de Haller gigante y una bulla etmoidal prominente determinando obstrucción y sinusitis. Por lo que, en resumen, usted solicita un CT scan cuando sospecha una alteración anatómica que acompaña al niño desde su nacimiento o en el caso de una complicación de sinusitis. No se usa la resonancia magnética para el diagnóstico de sinusitis o de otitis, pues la resonancia es más específica para tejidos blandos y no para hueso.

14) Pregunta: Cuando un paciente viene a usted, o cuando usted recibe una RX de cavidades paranasales con aquella imagen de pólipo o quiste de retención líquida, cual es su traducción o que es lo que hace?

Dra. Tânia: Poniendo un ejemplo: yo vivo en San Pablo. En San Pablo hay una media de 14 a 20% de pacientes con alergia de las vías aéreas. Alérgicos ambientales. En muchos de estos pacientes aparece un quiste de retención. Si Ud. fuese a indicar cirugía, en todos los quistes de mucosa sinusal, que aparecen en el consultorio, no tendría manos para hacerlas! Yo siempre digo para los padres: “El quiste o pólipo de retención significa una bolsa llena de agua; su hijo es alérgico, el puede tener estos quistes y convivir muy bien con ellos; cuando eventualmente comienza a dar sintomatología exacerbada, con cefalea o plenitud facial importante, con recurrencia de infecciones (debido a que el quiste está obstruyendo el complejo osteomeatal, ahí todo bien, hasta justificaría retirar, remover ese quiste”. Entretanto cuento con los dedos: de 100 quistes que aparecen, un porcentaje insignificante es para cirugía. El resto es acompañamiento y Ud. debe decirle a la madre “Su hijo va a vivir muy bien con este quiste”. Ud. no hace la remoción, porque el quiste significa alergia y usted no está tratando una enfermedad a base de su consecuencia. Conocemos pacientes a los que retiraron quirúrgicamente quistes y recurrieron innumerables veces. Para mí es sinónimo de acompañamiento clínico, excepcionalmente quirúrgico.

15) Pregunta: Cual es el tratamiento de una sinusitis aguda?

Dra. Tânia: Primero promover un higiene nasal adecuada, lavar la nariz con agua salina y un poco de bicarbonato (Solución conocida como Solución de Parsons). Luego de tener la nariz limpia, si estuviera obstruida, podría ser indicado un vasoconstrictor tópico diluido con suero fisiológico, óximetazolina (nunca usar nafazolina en pediatría, ya que existen relatos de graves potenciales efectos colaterales) como máximo por tres a cinco días (no traspasar este plazo para no tener el fenómeno de rebote de rinitis medicamentosa). Introducir un antibiótico

beta-lactámico (amoxicilina o cefalosporinas), preferentemente amoxicilina en dosis habituales por un plazo que varía de 10-14 días. No olvidarse de analgésicos/antitérmicos como tratamiento sintomático en caso necesario. Esto en caso de sinusitis aguda simple que se ve como complicación de un cuadro de IVAS. La mayoría de las sinusitis y otitis son secundarias a IVAS. Por lo que la higiene local, el tratamiento sintomático (analgésico/antitérmico si existiera necesidad), vasoconstrictor tópico (si es necesario) y un antibiótico del tipo beta-lactámico (preferencia para la amoxicilina).

16) Pregunta: Como se sospecha y qué se hace ante una sinusitis alérgica?

Dra. Tânia: La rinosinusopatía alérgica es aquella que es más persistente, más duradera, y en general más exuberante en las estaciones prevalentes de alergia respiratoria, que es en otoño y primavera. Por lo tanto es más estacional. Con excepción de atopia perenne que se presenta en todo el año. Tengo pacientes que van al consultorio dos veces por año, con religiosidad, en otoño y primavera. Eso es porque empeoran mucho de la sintomatología nasal, con estornudos matinales con mayor frecuencia, tos nocturna, rinorrea al principio hialina después verde-amarilla. El niño pequeño no tiene cefalea, pero el mayor se puede quejar. Llega del colegio cansado y comenta “Mamá estoy cansado, la cabeza está pesada, cuando piso fuerte con el pie en el piso repercute en mi cabeza”. Muchas veces estas son las quejas clínicas. Difícilmente hay una rinosinusitis alérgica en el verano (sólo no es válido para las rinosinusopatías secundarias de las piscinas, secundarias a la alergia al cloro).

En verano los niños la pasan bien, no es una estación prevalente de enfermedades alérgicas. El invierno es más de enfermedades virales con potencial contaminación bacteriana. Por lo que tenemos que recordar en que estación del año está viniendo el niño al consultorio, ya que en otoño y primavera puede tener una traducción etiológica de alergia.

17) Pregunta: Como se maneja y que tipo de medicación usa en estos casos de alergia?

Dra. Tânia: Bien, para los casos de rinitis alérgicas, siempre se recomienda la higiene ambiental que es primordial, la remoción de alfombras, cortinas, estantes de libros, muñecos de peluche. Tópicamente recomiendo limpiar bien la nariz, lavar la nariz con una solución de Parsons con 250 ml de agua hervida (o mineral) con una cucharada de té con sal, una cucharada de té con bicarbonato de sodio. Guardar bien en recipiente limpio y estéril, tapado, temperatura ambiente. Antes de su uso siempre entibiar la solución. Lavar 3 veces al día la nariz con una jeringa de 20 ml para cada narina. Esa solución sólo dura una semana, después hay que prepararla de nuevo. Si el niño tiene un componente de rinitis alérgica más exuberante, para una producción de moco en grandes cantidades, indico cromoglicato de sodio al 4%, no al 2%, o bromuro de ipratropio que es un anticolinérgico. Indico esos fármacos, cuando el componente de rinitis es más hipersecretor. Cuando el componente de rinitis es más obstructivo, a partir de 2 años de edad, utilizo los corticoides tópicos en spray nasal, presentación acuosa no alcohólica. Utilizo esa medicación por períodos de tratamiento, que varían de 1-3 meses. No tengo el hábito de usar un corticoide tópico por un plazo mayor de

1-3 meses, de una forma continua: lo hago por períodos. De preferencia en las estaciones de polen más prevalente (otoño y primavera) cuando la obstrucción está muy acentuada). Dependiendo de la intensidad del cuadro alérgico en la fase aguda puedo o no utilizar un antihistamínico vía oral del tipo de la loratadina, o cetirizina o fexofenadina. En las intercrisis mantengo al alérgico con ketotifeno, o si tiene también asma, con anti-leucotrieno (montelukast) por un plazo de tres meses, a principio. Así mantengo a los niños con un basal bajo de alergia. Cuando uso el cromoglicato de sodio a 4% yo lo mantengo por lo menos 3 meses. En general en verano no doy nada de medicación, pues es en la época del verano donde los niños alérgicos la pasan mejor.

18) Pregunta: Cuáles son las causas de obstrucción nasal en los niños?

Dra. Tânia: Dentro de las causas más importantes de obstrucción nasal en la infancia tenemos la hipertrofia adenoidea, la hipertrofia de cornetes, esta última de causa vasomotora, o alérgica. Llevan a la respiración bucal. Estas son las causas más prevalentes, como decimos el pan de cada día en nuestra práctica. Muchas veces la hipertrofia adenoidea se acompaña de hipertrofia de la tonsila palatina, que puede llevar también a respiración bucal, incluso con crisis de apnea del sueño. Muchas veces se acompaña con “voz de papa caliente en la boca – *hot potato voice*”. En los niños que prefieren alimentos blandos y líquidos, que se colocan un trozo de carne en la boca y mastican y mastican, extrayendo el jugo de la carne y escupen el resto. Esto produce un déficit alimentario que termina en un déficit ponderoestructural. El niño no gana peso, tiene la caja torácica pequeña, corre y se cansa fácilmente. Es en estos casos de niños con hipertrofia tonsilar/ adenoidea, que el abordaje requiere un acompañamiento con un Otorrino.

19) Pregunta: Cuando indicar Rayos X (RX) de perfil de rinofaringe en niños por obstrucción nasal?

Dra. Tânia: Puedo decirle que hoy en día los RX de rinofaringe no es tan valorizado en la infancia. Por qué? Porque la radiografía de perfil de rinofaringe nos muestra un momento estático de la respiración. Por otro lado, un método más moderno y no invasivo, sin los trastornos de la radiación, que debe ser realizado solamente por el Otorrino, es la nasofibroscopía. Esta, muestra muy bien las adenoides dinámicamente en inspiración y espiración. Tenemos por ejemplo la posibilidad de una pequeña adenoide que no se ve en RX y sí en la fibroscopía. En la inspiración la adenoide puede posicionarse en la cola del cornete, cerrando la coana. Así se puede percibir la superioridad de la fibra óptica, en relación a los RX. Todo lo que puede hacer visualizando “in loco” es preferible, me da más seguridad. Es un método más fiel y menos invasivo. Por eso personalmente no pido más RX de rinofaringe. Tenemos que recordar que las adenoiditis son frecuentes en los niños y si acaban de salir de un resfriado o de un cuadro gripal, estos niños van a presentar una hipertrofia de adenoides transitoria. Este no es el mejor momento de evaluar el tamaño o el grado de obstrucción causados por una adenoide. Es importante pensar en fibroscopía o en RX., pero no deben ser solicitadas en la fase aguda de una adenoiditis. Esta práctica dejase para cuando la sintomatología obstructiva permanece más distante del cuadro IVAS, para tener menos margen de error, principalmente si estamos a considerar la posibilidad quirúrgica.

20) Pregunta: Cuando indicar adenoidectomía para niños? Fue explicado que a razón de esta causa aumentó la existencia de demandas muy excesivas en los servicios de otorrinolaringología para cirugía de adenoides en varias regiones de Brasil, y no se ve una perspectiva de resolución quirúrgica, capacidad de absorción en esos casos, generando una serie de problemas. En la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina, por ejemplo, se calcula que tienen más de 1000 niños esperando su tiempo para hacer la cirugía.

Dra. Tânia: La adenoidectomía o cirugía de adenoides es, junto con la colocación de tubos de ventilación, la cirugía más realizada en mayor número de niños en EUA. Antiguamente era la tonsilectomía la cirugía más común en la edad Pediátrica. Cuando indicamos adenoidectomía en un niño? Primero en niños con otitis recurrente o sinusitis recurrente que se caracterizan por la repetición de los cuadros. Con relación a las adenoides, independientemente del tamaño, ella funciona como un espejo microbiológico del oído medio. Ella es la fuente de los patógenos bacterianos potenciales que, a través de la Trompa de Eustaquio, alcanzan el oído medio. Por lo tanto en la otitis media recurrente, prácticamente sin intervalo entre las crisis, que agota el arsenal antimicrobiano, estaría indicada la adenoidectomía con la colocación de tubo de ventilación. En la sinusitis recurrente usted ya abordó al niño hablando que no es por un problema microbiológico, no es un problema alérgico, ya fue afectado por una alteración del complejo osteomeatal (COM); en este caso, también está indicada la adenoidectomía. Esto va al encuentro con esa línea de pensamiento en la que el niño cuando comienza con secreción nasal la misma va en dirección de la orofaringe por la fuerza de la gravedad, tendiendo a ir hacia abajo, ser deglutida o eliminada, pero no consigue por la razón de encontrar una adenoide hipertrofiada. En esta situación la secreción vuelve en forma retrógrada en dirección a la fosa nasal y termina llenando las cavidades maxilar/etmoidales. Por lo que en otitis recurrente y sinusitis recurrente la adenoidectomía podría ser considerada. En los casos de alergia tenemos de tener un poco de cuidado en la indicación de una adenoidectomía. A su vez los niños con rinitis alérgica tienen una adenoide exuberante. Es ahí que tenemos que explicar a los padres la anatomía de la región preferentemente mostrando siempre un diagrama o diseño para mejor entendimiento. Cuando estuviera indicada la remoción de la adenoide en el niño alérgico, será corregida y restaurada la fisiología respiratoria posterior. Pero la respiración bucal continuará en el caso de la rinitis alérgica (nariz anterior). Por lo que en rinitis alérgica con hipertrofia adenoidea, si fuer indicada adenoidectomía, debese indicar un corticoide tópico para el tratamiento del cornete hipertrófico. También indicamos adenoidectomía en casos de niños con adenoides muy exuberante, llevando a una respiración bucal suplementaria, y que luego de cierta edad puede causar paladar ojival y presentar trastornos morfo funcionales del tercio medio facial, llevando a la indicación de uso de aparatos de ortodoncia por el hecho de estar usando la boca para respirar en forma suplementaria. Estos son los casos donde podemos indicar con más precisión y decir “ Este niño necesita de una adenoidectomía”.

21) Pregunta: Cuando indicar tratamiento quirúrgico para hipertrofia de cornetes y desvío del tabique en niños?

Dra. Tânia: La septoplastia o corrección del tabique nasal para el desvío del

tabique, (solamente la corrección de la parte cartilaginosa, en niños) está indicada cuando existe un “gran” desvío, sin un límite cronológico de edad. Es claro que cuanto mas tarde, mejor. Es realmente indicada en un desvío que usted percibe en el exámen físico. Cuento con los dedos de una mano el número realmente reducido de niños que tuve que indicar septoplastia en 30 años de práctica médica. La hipertrofia de cornetes se aborda primero, medicamentosamente hablando. Los corticoides tópicos nasales tuvieron que ver con esto. También son indicados para destapar la nariz del niño. Destapar la nariz del niño no en la fase aguda de un cuadro agudo. Ahí es diferente. Pero por ejemplo en un niño que tiene una hipertrofia crónica, que siempre está respirando por la boca, y tiene un cornete hipertrófico, los corticoides tópicos tienen que ser recetados por periodos conforme a lo que comentamos anteriormente, en especial en niños alérgicos, en otoño/primavera para intentar destapar este nariz. Con relación a la turbinectomía, que es la cirugía que eventualmente se preconiza para el crecimiento exagerado del cornete nasal, comulgo con la idea de cautela en su indicación. En los países considerados como adelantados o desarrollados por ejemplo Inglaterra o los Estados Unidos, no se escucha hablar de forma alguna de la turbinectomía como tratamiento de la hipertrofia de cornetes en niños. Considero que se debe tener cautela con ese tipo de cirugías para no sobre indicarla. Lo que se ve muchas veces es la hipertrofia de la cola del cornete. Es que se le hace una adenoidectomía y posteriormente el niño continúa con la respiración bucal. Esto pasa porque la cola del cornete todavía continúa grande. Hoy en día con el advenimiento de la fibra óptica se constata al examen que la cola del cornete seria un factor coadyuvante más, por lo que realmente no sería interesante, en dichos casos, solo realizar la adenoidectomía. Usted hasta podría pensar en remover una parte mínima del la cola del cornete, que ayudaría bastante en la ventilación, pero son casos muy específicos que se encontrarían un el extremo de la Curva de Gauss. Son contados con los dedos de las manos los niños que necesitan de un abordaje quirúrgico del cornete nasal. Creo más prudente antes de indicar la turbinectomía de la cola de cornete, insistir en el corticoide tópico nasal, para achicar dicho cornete. Esta es mi opinión para un abordaje más “soft” y menos “hard”.

22) Pregunta: Recién nacidos y lactante con dificultad respiratoria nasal Causas y conducta a seguir.

Dra. Tânia: El recién nacido tiene una patología muy común: “stuff nose” , o aquello que llamamos informalmente “nariz de cerdito”. Aquella nariz que hace “roc, roc, roc” cuando el niño duerme, cuando se va a alimentar. Es la presencia de líquido amniótico a nivel nasal. Es un error en estas situaciones, mandar a lavar o encharcar la nariz de este niño con suero fisiológico. En estas situaciones el médico debe aspirar la nariz del niño, recomendar a la madre aquella perita de aspiración comprada en cualquier farmacia para aspirar la secreción y no indicar suero fisiológico y aumentar así más todavía el “roc, roc, roc” de la nariz del niño.

23) Pregunta: El uso de vacunas orales con vasoconstrictores, en el tratamiento clínico de adenoides hipertrofiadas, cuál es su valor?

Dra. Tânia: El uso de esas vacunas de extractos de lisados bacterianos, no inducen

la formación de antigenicidad específica en dicha región. NO conozco estudio a nivel científico bien hecho, bien elaborado con un grupo control y randomizados con significancia estadística que corrobore o justifique el uso de dichos estimulantes de leucócitos o de esas vacunas de lisado bacteriano. Como no tiene sustento científico alguno, por que se deberá indicar este fármaco, si sólo aumenta el costo del tratamiento debido a que su eficacia no está comprobada?

24) Pregunta: Por que los niños tienen aftas? Como se previenen?

Dra. Tânia: Las aftas están entre las lesiones más comunes de las patologías orales recurrentes y deben ser diferenciadas de otras alteraciones como el virus del herpes simplex, infecciones por virus Coxsackie, agranulocitosis y la Enfermedad de Behçet. Existe una pequeña preponderancia en el sexo femenino y no es infrecuente en niños menores de 10 años de edad. La etiología de las aftas permanece desconocida, pero se postulan un cierto número de agentes infecciosos incluyendo virus implicados en su causa. Las hipótesis más prevalentes sugieren que el mecanismo para la ulceración de la mucosa es de naturaleza autoinmune. En un estudio con pacientes con aftas recurrentes, estos presentaban disminución de la función inmune celular, la cual persistió luego de la resolución de las lesiones orales. De la misma forma un aumento de la actividad en el mecanismo de citotoxicidad celular fue relacionado como causa de lesión residual local. Se asume una correlación entre los factores precipitantes como el trauma local, el déficit de vitamina B, el stress emocional y las enfermedades debilitantes. Tres grandes variaciones son reconocidas: (1) úlcera aftosa menor, (2) úlcera aftosa mayor, y (3) úlcera aftosa herpetiforme. Las úlceras aftosas minor aparecen como un número de pequeñas úlceras en la mucosa labial y bucal, afectando la boca y lengua. El paladar duro, la faringe y la región tonsilar, raramente están afectados. Un período prodrómico está generalmente presente. Las úlceras aparecen de color amarillento, frecuentemente con margen eritematoso y son muy dolorosas. La presencia de adenopatías cervicales es verificada sólo si existe infección bacteriana secundaria. La evolución de las ulceraciones varía de algunos días a algunas semanas seguidas de cicatrización espontánea. Para intentar impedir la recurrencia de las aftas tengo recomendado el empleo de 2 horas al día de gomas de mascar (sin azúcar) con 2g de Xylitol (Biotene, comercializado por Laclede americana). Las úlceras de Aftas Mayor son intensas y pueden durar algunos meses. Pueden afectar todas las áreas de la cavidad oral incluyendo paladar duro y región tonsilar. Períodos prolongados de remisión pueden ser seguidos por intervalos de intensa actividad ulcerativa. Las aftas ulceradas herpetiformes son pequeñas y múltiples, caracterizadas por afectar los márgenes laterales del borde de la lengua. Las úlceras presentan un borde bien delimitado y eritematoso, siendo extremadamente dolorosas, tornando dificultosa la alimentación o el habla. A pesar del nombre de esta entidad, existe poca semejanza clínica con la gingivostomatitis herpética. A pesar de haber sido demostradas inclusiones intranucleares en las úlceras aftosas herpetiformes, no hay evidencia que sugiera que dichas inclusiones tengan relación con la presencia de virus. No existe terapéutica conocida y definitiva para estas condiciones clínicas. Se recomienda mantener el área limpia con H₂O₂ y prevenir las infecciones secundarias. El tratamiento es primariamente sintomático, con uso de antisépticos bucales, buches y pastillas anestésicas o gel. Los corticoides tópicos (triamcinolona oral-base) o sistémicos pueden ser beneficiosos en pacien-

tes individualizados, con enfermedad extensa. Pueden no existir evidencias reales que el corticoide tópicos altere el curso de la enfermedad, de cualquier forma y esto también es verdadero para las inyecciones de corticoides dentro de la lesión aftosa. Los esteroides sistémicos pueden ser útiles en los casos de estomatitis severas. La cauterización con nitrato de plata o criocirugía ha sido usada en el tiempo para disminuir el dolor pero prolonga el tiempo de cicatrización con dicha terapéutica. Saliendo del tono científico escrito me permito hacer algunas observaciones personales en tono coloquial. Hace algunos años atrás en un paciente de 5 años con aftas recurrentes se hizo todo lo posible para determinar su causa, incluso 3 biopsias de las lesiones, trabajando en conjunto con el grupo de Estomatología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de USP (Universidad de San Pablo). Siempre con el mismo resultado: “proceso inflamatorio crónico inespecífico”. El niño, hijo de padres americanos fue de vacaciones a los Estados Unidos y fue examinado por colegas de este país que, dentro de los varios exámenes solicitados, un hemocultivo reveló una bacteremia de bajo nivel (low degree bacteremia) con un perfil de sensibilidad bueno para eritomicina, (la madre no supo informar cual fue el microorganismo identificado). El antimicrobiano fue suministrado al niño, por 21 días y el mismo no volvió a presentar más aftas. Cuantos niños tienen aftas recurrentes por causas infecciosas? Difícil respuesta. Como coadyuvante el tratamiento de las aftas nunca hay que olvidar en orientar a las madres en relación al pH de la mucosa oral: lo menos ácido posible. Evitar jugos ácidos, o cítricos (naranja, limón, ananá, etc), el tomate que se usa en las pizzas o ketchup, condimentos como mostaza o pimienta. Igual cuidado con los dentífricos que usan mentol o gardol (que dan aliento fresco en la boca), alteran el pH y por eso sugiero el uso de productos comerciales que no contengan estas sustancias y que contengan bicarbonato de sodio. Recomiendo mucho los buches o colutorios con agua tibia, sal y bicarbonato (para alcalinizar la mucosa oral) y el Xylitol en gomas de mascar. Considero que las aftas recurrentes son casos complejos en los cuales muchas veces no encontramos una verdadera etiología. La medicina tiene que basarse en la evidencia. Debemos pensar en las diversas hipótesis diagnósticas para poder identificar la causa. Los medicamentos sintomáticos y los cuidados importantes en la atenuación de los síntomas en cuanto no conocemos el origen definitivo de estas dolencias.

25) Pregunta: En Pediatría una de las enfermedades que más hacen al pediatra sufrir es la estomatitis herpética. Existe algo nuevo en relación a su tratamiento?

Dra. Tânia: Actualmente el aciclovir o el valaciclovir (este más para adultos), no deja ninguna novedad en términos de tratamiento específico tópico y por vía oral. Entendiendo que ya se chequeó el estado de la inmunidad del niño. El herpes virus, en adultos, sólo como curiosidad, tiene cada vez más relación con la parálisis facial que no encuentra causa aparente.

26) Pregunta: Cual es el tipo de paciente más común que visita usted, en su consultorio en el día a día?

Dra. Tânia : Son aquellos niños con infecciones crónicas. Otitis recurrentes, sinusitis recurrente, tonsilitis recurrente. Es la recurrencia la razón, en la mayoría de las veces, que ocurre en niños que van a guarderías de forma precoz. En realidad

si alguna vez se cumpliera algo como “Mamá será remunerada con su salario y podrá quedarse en casa amamantando y cuidando a su hijo los primeros años de vida”, el consultorio de gran número de los médicos que actúan en nuestra área estaría cerrado o cuidando sólo los casos graves.

27) Pregunta: Hay algún tratamiento para estos niños?

Dra. Tânia : Como no creo en “estimulantes de inmunidad” oriento en relación con los factores de riesgo y las inmunizaciones. También trabajo muchas veces junto con alergistas, con inmunólogos, muchas veces con neumonólogos y algunas veces también con infectólogos. A muchos de esos niños lo terminamos abordando desde el punto de vista multidisciplinario.

28) Pregunta: Cual fué el caso más interesante que asistió dentro de su especialidad médica o de su trabajo médico?

Dra. Tânia : Me acuerdo un caso interesante, de un niño que vivía en el interior de Acre amazónico, casi sin contacto con la “civilización”. Un día tomando un baño en una laguna, sin mucha corriente, donde un puma había recientemente defecado en las riberas, un parásito de esas feces entró por la oreja del niño infectándolo y siendo necesario transportarlo en un avión del gobierno, de la FAB (Fuerza Aérea Brasileña) hacia nuestro hospital escuela (Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo), con un frasco próximo a la oreja, de cuyo interior saltaban larvas de parásitos (no era miasis). En aquella época como trabajaba en el CDC (Center for Disease Control and Prevention) en Atlanta – Georgia (USA), donde residí (1990-1995), llevé las larvas para identificar al parásito que provocó la enfermedad. Existieron relatos en la provincia de Pará sobre otras infecciones por el mismo parásito, poco frecuente de ver. Fue un caso poco común, original. También existieron casos más comunes, como casos de aquellas enfermedades que generalmente no fueran diagnosticadas previamente porque la gente no piensa en ellos como la fibrosis quística o el reflujo gastroesofágico.

29) Pregunta: Ud. podría relatar más o menos estos últimos casos?

Dra. Tânia: Fueron básicamente niños con múltiples infecciones respiratorias, a los que estuve tratando y medicando hasta que dió “click” en mi pensamiento y solicité un Test del Sudor y orienté en cuanto al decúbito en la hora de dormir. Después, la alegría del descubrimiento y la lección: hay que pensar en la patología para poder diagnosticarlas!

30) Pregunta: Cual fue su mayor decepción como médica? O su mayor tristeza?

Dra. Tânia: Mi mayor decepción y la mayor tristeza, mi mayor sentimiento de impotencia médica, fueron niños oncológicos con sinusitis recurrentes que acabaron teniendo trastornos muy desagradables de coagulopatías (incluso con necrosis de cara), cuadros que no pueden ni siquiera abordarlos quirúrgicamente, pues esos niños van a morir de hipovolemia. Me sentí amargada en esas ocasiones, sentí un gusto de decepción, una gran angustia.

31) Pregunta: Cual es su mayor satisfacción como médica?

Dra. Tânia: Es promover con poco gasto económico y con un tratamiento adecuado para los niños, orientación hacia la calidad de vida. La limpieza, higiene personal y del ambiente, y usando pocos remedios para tener poca oportunidad de efectos colaterales de los mismos. Sólo utilizar remedios que realmente son necesarios (hay que fijarse siempre en la relación costo-beneficio). No sobrediagnosticando procesos virales como si fueran bacterianos. Pero también no dejar de orientar con un antimicrobiano adecuado y eficiente cuando la infección lo requiere.

32) Pregunta: Como se aborda de manera completa al respirador bucal?

Dra. Tânia: Bien, siempre tengo un Ortodoncista y un Fonoterapeuta para que me ayuden en estos casos. El Fonoterapeuta tiene que ayudar como corregir la mordida cruzada por ejemplo y también orientar con ejercicios para reforzar la musculatura perioral; el odontopediatra para que me ayude a la colocación de oclusión dentaria adecuada con expansores de paladar. Por lo que es Multidisciplinario actuando sobre el paciente para mejorar la calidad de vida, su libertad respiratoria adecuada.

33) Pregunta: Piensa que los niños de 2 años o más a los que se realiza una cirugía de adenoides, deben tener algún tratamiento complementario de la cirugía?

Dra. Tânia: No tenga ninguna duda! Siempre le digo a las madres que la parte técnica es muy simple. Cualquier médico otorrino bien entrenado, con buena formación en la especialidad puede realizar una adenoidectomía. Pero el otorrino que se diferencia de los otros, es aquel que le dice a los padres: “La parte mas simple ya fue realizada con la cirugía; de aqui en adelante lo más importante es enseñar al niño a usar la nariz para respirar”. Es ahí donde Ud. tiene que entrar con los ejercicios de fisioterapia respiratoria. Nunca realicé una cirugía de adenoides que no tuviese, en el futuro, luego de la cirugía, recomendar, por lo menos durante 2 meses, fisioterapia respiratoria con ejercicios que enseñe con juguetes infantiles para forzar de forma uni y bilateral, la respiración nasal. Creo que algo que distingue a un médico comun de un Médico (com M mayúscula) es la calidad de la consulta, invertir en las orientaciones para obtener un mejoría en la calidad de vida, dedicar el tiempo de la consulta, nó en la prescripción de fármacos, sí en las “orientaciones”. Muchas veces niños a los cuales excelentes cirujanos realizaron adenoidectomía recurrieron por la falta del médico cirujano de enseñar o entrenar al niño a respirar. Por lo que se debe enseñar los ejercicios de fisioterapia respiratoria que deberá seguir por unos meses luego de la cirugía. Una nariz que difícilmente fué usada correctamente, tiene que ser entrenada con relación a la habituación respiratoria en el post operatorio.

34) Pregunta: Encuentra que el área Otorrinopediátrica está en evolución, tiene alguna cosa nueva?

Dra. Tânia: Primero y fundamental el Diagnóstico. Con relación al instrumental que el pediatra tiene que tener creo que el pediatra (y lógicamente el otorrino) tiene que tener un buen otoscopio: otoscopio con luz halógena y fibra óptica. Hoy

en día no se usa más aquel con luz común, con lámparas antiguas. La luz halógena es para lograr un grado de iluminación muy bueno. Por otro lado el pediatra debería tener un otoscopio neumático con aquella perita de goma acoplada al mismo que cuesta (la perita) al alrededor de 2 dólares, en la cual se imprime una presión para verificar el grado de movilidad de la membrana timpánica, su grado de impedancia. Es una óptima herramienta de diagnóstico, simple y barata. También es de importancia para acompañar la evolución, por ejemplo de resolución de una OMA, si la secreción ha disminuido. No sustituye al test de Impedancia/Timpanometría que es un test económico para screening. Creo importante el entrenamiento del pediatra para estos test. Con cursos de Otoscopia para pediatras, por ejemplo de la Academia Americana de Pediatría. Hay que acordarse que, con relación al exámente de orofaringe, con especial atención de la región tonsilar y faringe, el empleo de espátulas (siempre 2, pues la musculatura de la lengua es muy dura) que deben ser colocadas con la lengua adentro de la boca. Es un gran error pedir al niño que saque la lengua hacia afuera, pues acaba elevando su base, dificultando la visualización de las tonsilas/faringe. Con un movimiento único y preciso, fracción de segundos, las espátulas deberán ser puestas, en la transición del 1/3 posterior con los 2/3 anteriores de la lengua. Nada de quedarse “caminando” en la superficie de la lengua como muchos tienen el hábito de hacer, lo que deja a los niños asustados al ver cualquier espátula, rechazando terminantemente abrir la boca, en memoria de un exámen anterior desagradable y conducido de forma poco hábil. En cuanto al exámen de nariz, con un buen otoscopio con iluminación halógena, levantando el dorso de la nariz, es posible la visualización de la cabeza del cornete inferior, su grado de hipertrofia y su coloración. Se puede inferir un diagnóstico de patología nasal, palidez típica de la rinitis alérgica, etc. El exámen de fibroscopia (nasofibroscopia) deberá ser realizado por el otorrino específicamente, por su habilidad y entrenamiento específico para esto. Si preciso de auxilio en un caso de infección recurrente pido una interconsulta con un Infectólogo, si necesito de un Alergista/Inmunólogo, pido socorro a esos, e así siempre. La Medicina está para lo Multidisciplinario. No se puede en un mundo de tan vastas informaciones que surgen cada minuto abarcarlo con dos brazos. Naturalmente lo básico es no perder el conjunto de vista el ser como un todo, la economía global del organismo, el ser holístico.

Otra situación de fundamental importancia es con la prescripción de fármacos. Explico el uso excesivo de medicamentos (por ejemplo antibióticos) en los niños, con las 4 “E s”:

- educación;
- expectativa;
- experiencia;
- aspecto económico.

Cada uno de esos factores es importante, tanto para los médicos como para los pacientes.

Con relación a la educación, los médicos pueden no saber cuales son las prácticas óptimas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias, por ejemplo. Es difícil saber cuales de las infecciones son virales y que no se benefician con tratamiento antibiótico, cuales son bacterianas y que requieren de él. Con relación a la expectativa, la percepción del médico es: “ Si no doy antibiótico

al paciente, este irá en procura de otro colega”. Será esa percepción verdadera o falsa? Ejemplificando, los pacientes pueden asegurar que los antibióticos, por ejemplo, algunas veces son necesarios, cuando tienen secreción nasal verdosa o amarilla.

La experiencia muestra que los hábitos de diagnóstico y de conducta del médico muchas veces no son correctos, principalmente con el advenimiento de la resistencia antibiótica. Los pacientes por hábito, recordando el antibiótico que recibieron anteriormente, pueden estar esperando recibir ese antimicrobiano, si los síntomas ocurren nuevamente.

El factor económico es importante: los médicos están preocupados, ellos precisan prescribir rápidamente para atender a todos los pacientes que están en la sala de espera, caso contrario deberán dedicar tiempo extra, explicando porque no necesitan de antibióticos, como también evitar nuevas consultas de seguimiento. La presión es imperiosa, los padres necesitan regresar al trabajo, los niños a la escuela o al jardín de infantes, siendo también una razón para que la familia quiera un antibiótico y que eso pueda acontecer pronto. Los pacientes quedan más satisfechos cuando reciben antibióticos? Hay estudios que sugieren que la respuesta es NO. En un trabajo publicado en el “Journal of Family Practice” (1996;43:56) en el que fué realizado un estudio con 113 pacientes con infecciones respiratorias antes y después de la consulta, fue verificado que había una asociación significativa entre el médico que explica la dolencia y el paciente que entendió por que no recibió el tratamiento antimicrobiano y su satisfacción por este hecho. En ese estudio no fue encontrado ninguna asociación entre la satisfacción de los pacientes con la prescripción de antibióticos. Este hecho no es una gran sorpresa: cuando el médico explica, se comunica con su paciente, dedica su tiempo en este sentido, el paciente quedará satisfecho. La percepción que muchos médicos tienen al respecto de la satisfacción con la prescripción no es correcta: el paciente quedará satisfecho si recibe una explicación sobre la enfermedad que tiene. La prescripción de antibióticos en la clínica pediátrica varía de barrios, región, consultorios médicos: verificamos que algunos médicos usan ≤ 2 antibióticos/niño/año, al paso que otros médicos indican ≥ 8 prescripciones/niño/año. Estas diferencias son todavía más significativas, cuando los antibióticos son prescritos para bronquitis y para sinusitis. Algunos médicos nunca prescriben para ninguna de esas infecciones y otros prescriben demasiado. Por ejemplo, algunos de estos médicos prescriben frecuentemente para sinusitis, pero nunca para bronquitis y otros prescriben mucho para bronquitis y raramente para sinusitis. Por que esa diferencia? Qué está pasando? Por que la práctica de prescripción de antibióticos por los médicos es tan diferente? Son todos pediatras bien entrenados, todos tienen consultorios con gran volumen de pacientes y encontramos disparidad! Recomiendo estudio, lectura y reciclaje constante, actualización en Congresos Médicos, Internet, etc. La formación del médico no acaba el día que se recibe o le entregan el diploma. Es importante continuar toda su vida !

35) Pregunta: Valor del citológico nasal en la clínica ?

Dra. Tânia: Con relación al citograma nasal, antiguamente se creía que teniendo más de 20% de eosinófilos, ya cerraba el diagnóstico de rinitis alérgica. Hoy en día sabemos que el citograma nasal no tiene aquella importancia anteriormente

atribuida, no debe ser más preconizado como de rutina. Actualmente, en términos de diagnóstico laboratorial para la rinitis alérgica, se hace el RAST y la IgE específica.

36) Pregunta: Es habitual escuchar a las madres en el consultorio que dicen: “Mi hijo no escucha, la gente me dice que no escucha” Qué se hace en estos casos? No son pocos los niños que llegan con ese diagnóstico. Pide audiometría o no? Porque ellas vienen pidiéndola.

Dra. Tânia: Creo que siempre que exista una sospecha: “Mi hijo sube el volumen de la televisión, habla en voz alta y repite mucho: qué?”. Estas son sospechas, más que importantes, para solicitar una evaluación auditiva con audiometría. En ese niño esto es fundamental. Ahora, hay niños con resultados de audiometrías normales que poseen una audición selectiva. Ellos escuchan cuando Ud. le ofrece en voz baja “Querés chocolate?” pero cuando Ud. le dice que vaya a estudiar ellos no quieren escuchar. Nosotros tenemos que diferenciar bien a estos niños con audición selectiva por medio de la audiometría. Por lo que es fundamental este examen. Por lo que, si hay una sospecha, tiene que mensurarse por medio de audiometría. También hay un grupo de niños con audición totalmente normal que presentan atraso escolar que no andan bien en la escuela y que presentan un déficit o alteración del procesamiento auditivo central. Entre el oído interno y el cortex cerebral, en algún punto, las vías auditivas no procesan de forma adecuada las informaciones sonoras. Estos niños cada vez más tienen que ser identificados. Por aquello a lo que siempre me refiero “La medicina del siglo XXI, Medicina Basada en la Evidencia”.

37) Pregunta: Dra. Tania, sus consideraciones finales.

Dra. Tânia: Mis consideraciones finales son invertir en la calidad de la consulta, una anamnesis bien hecha, cuidadosa es fundamental. No caer en excesos de pedidos de exámenes o estudios por imágenes (radiografías) de no ser necesarios. Emplear más nuestros conocimientos médicos, clínicos en cada caso clínico. Pensar en enfermedades (también las infrecuentes) pues si no probablemente pasarán en blanco muchos diagnósticos y preciosas orientaciones al paciente. Evitar el uso excesivo de medicamentos, por ejemplo los vasoconstrictores tópicos, descongestionantes, antiinflamatorios no esteroideos, mucolíticos. Nuestra realidad de país en desarrollo debería conducirnos para no prescribir al paciente una receta que no sea necesaria, que aumenta el costo del tratamiento, evitando los efectos adversos colaterales. Es prudente recordar un sinnúmero de fármacos vendidos libremente acá en Brasil y en otros países en desarrollo que no están aprobados por la FDA. (órgano gubernamental americano que regula y libera o no el uso de medicamentos). Por ejemplo, los llamados “estimulantes de la inmunidad”, para “evitar” o “prevenir” infecciones recurrentes como tonsilitis, IVAS, etc., carecen de estudios de tipo control, con significancia estadística apreciable, no siendo liberados para uso pediátrico en los USA, podrán ser comercializados en países como los nuestros de América Latina, Asia e África.

La mayoría de las infecciones, si usted. piensa bien, se inician como una infección viral: porque. entonces anticiparse a indicar un antibiótico? Podemos darle una oportunidad al sistema inmune del niño, para curarse solo. Si usted suministra

antibiótico sin criterio, usted podrá estar contribuyendo para producir cepas de microorganismos resistentes, destruyendo la flora bacteriana protectora.

Si entretanto existiera contaminación secundaria bacteriana y tuviera que ser indicado un antibiótico, escojer un beta-lactámico (amoxicilinas o cefalosporinas). En fin, no dar exceso de medicamentos para los niños con infecciones bacterianas, en las cuales un buen antibiótico (concomitantemente con un tratamiento sintomático, analgésico/antitérmico), ya sería suficiente para resolver. Acordarse en insistir en los buenos hábitos de higiene hogareña e higiene nasal, asociado a una adecuada alimentación (evitar alimentos con conservantes, aditivos químicos, enlatados, comida chatarra -“junk food”) promoviendo las frutas, legumbres, verduras, cereales, fibras, proteínas. Recomiendo evitar el tabaquismo pasivo domiciliario.

El amamantamiento materno también es extremadamente importante y debe ser siempre estimulado. En mi último libro - Infectología en Otorrinopediatria, Uso Criterioso de Antibióticos en Infecciones de las Vías Aéreas Superiores - refuerzo la necesidad de nuestra orientación a los padres como médicos y prescriptores, investigar los factores de riesgo, aumentar el tiempo de amamentamiento, no exponer al niño al tabaquismo pasivo y colocar lo más tarde posible al niño en la guardería o jardín de infantes, para evitar el acceso a esa polución microbiana ambiental, ya que el niño no tiene aún el sistema inmune competente.

Invertir en a la PREVENCIÓN ya lo dijo Pasteur hace más de un siglo, esa es la verdadera Medicina!